



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



Intervenção Psicomotora no Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa da CERCI Lisboa

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de
Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientadora: Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Júri:

Presidente: Doutor Pedro Jorge Moreira de Parrot Morato

Vogais: Doutor Miguel Mata Pereira

Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Márcia Sofia Lino Brás

2020

À Felicidade.

Agradecimentos

Um agradecimento geral...

...a todos/as os/as colaboradores/as da CERCÍ Lisboa pela receção calorosa e pela partilha ao longo deste ano que agora termina.

E um obrigado especial...

...às orientadoras locais Elisabete Sousa e Mónica Estevens pelo exemplo, pela orientação atenta, pela partilha constante, pela abertura e disponibilidade no esclarecimento de dúvidas e troca de ideias.

...à professora doutora Sofia Santos por disponibilizar o seu tempo, por apaziguar a minha ansiedade, por esclarecer as minhas dúvidas e por me fazer pensar e refletir sobre a DID.

...ao J. pela sua motivação e empenho constantes, por me desafiar e propor atividades, por ser um aliado importante nas sessões e pelos presentes (in)esperados.

...a todos/as os/as outros/as clientes com quem tive o gosto de trabalhar pelos momentos dentro e fora das sessões.

...aos/às amigos/as, recentes e antigos/as, e à família pela paciência para ouvir as dúvidas, reflexões, desabaços e confidências.

Reforçar o prazer que foi trabalhar com o Vítor, a Maria, as Rutes, a Rita, o António, e a Luísa. Não tenho palavras para agradecer o companheirismo, a partilha e a amizade que levo comigo.

Obrigada por estes meses tão intensos e bonitos!

Resumo

O presente relatório pretende descrever a prática profissional, de outubro 2018 a maio 2019, da estagiária do Mestrado de Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, no Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa da CERCI Lisboa, no âmbito da funcionalidade e qualidade de vida de jovens e adultos/as com dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID) e multideficiência. Este relatório inicia-se com o enquadramento teórico sobre a caracterização da instituição, da população alvo e da intervenção psicomotora, como forma de aprofundar o conhecimento sobre os tópicos e fundamentar a prática psicomotora da estagiária. A segunda parte é dedicada à descrição e contextualização da atividade da estagiária, explicitando todas as etapas percorridas, horários, respetivos grupos de intervenção, até à apresentação de um estudo de caso, como exemplo mais pormenorizado de toda a atuação. O processo de avaliação e a descrição da intervenção são também contemplados nesta secção, bem como outras atividades e a reflexão sobre toda a experiência. O projeto de intervenção, como resposta a um desafio inicial, consiste num estudo sobre o impacto da autodeterminação na participação ativa das pessoas com DID, e será também contextualizado. Finalmente, as conclusões e o balanço final do estágio.

Palavras-chave: estágio; CERCI Lisboa; intervenção psicomotora; dificuldade intelectual e desenvolvimental; epilepsia; atividade motora; atividade motora em meio aquático; funcionalidade; qualidade de vida; co-investigação.

Abstract

This report aims to present the psychomotor practice, between October 2018 and May 2019, conducted by the internship student at Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa in CERCI Lisboa, with adults with intellectual and developmental disability (IDD) and multiple disability. The internship was integrated within quality of life and functionality area. This report has two sections. Firstly, it will be presented a literature review about main topics inherent to the internship experience such as institution presentation, population characterization and a sum up of how psychomotor therapy is being developing, which allowed a framework to psychomotor practice. Secondly, it will be described the all intervention, listing all critical stages, schedule, groups with whom the student intervene, as well a study case as a more detailed example of the all intervention. Assessment processes and intervention design will also be addressed in this chapter. Before conclusion, it will be presented an intervention project that consists of a study about the impact of self-determination on the active participation of people with IDD, as well will be listed several extra activities that the student experienced. A reflexion about the internship experience will end this report.

Key-words: internship; CERCI Lisboa; psychomotor intervention; epilepsy; independent functioning; intellectual and developmental disability; motor activity; aquatic environment; quality of life; co-research.

Índice Geral

Agradecimentos.....	ii
Resumo	iii
Abstract.....	iv
Índice Geral	v
Índice de Tabelas	vii
Índice de Figuras	vii
Introdução	1
Enquadramento Teórico da Prática Profissional.....	4
Caracterização da instituição	4
Enquadramento Histórico.....	4
Enquadramento institucional	5
Serviços e Respostas Sociais	7
Políticas organizacionais	10
Organograma funcional	12
Código de Ética	13
Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa	15
Complexo Desportivo do Casal Vistoso.....	18
Ginásio GO fit Olivais.....	19
Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais.....	19
Definição.....	19
Etiologia e Prevalência.....	21
Classificação	23
Áreas de desenvolvimento	23
Epilepsia	35
Definição.....	35
Etiologia e prevalência	35
Caracterização e classificação.....	36

Correlação com os casos	38
Intervenção Psicomotora	42
Psicomotricidade em meio aquático	45
Realização da Prática Profissional	49
Descrição e organização do estágio	49
Calendarização das atividades de estágio	50
Contextos de Intervenção	51
Atividade em Meio Aquático	51
Atividade Motora	53
Casos e grupos de intervenção	56
Estudo de Caso	59
O processo de avaliação	62
Escala de Comportamento Adaptativo versão portuguesa (ECAP)	62
Escala de Avaliação em Meio Aquático	64
Grelha de Observação Psicomotora	65
Procedimentos e condições de aplicação	67
O Programa de Intervenção Psicomotora	68
... da Avaliação Inicial	68
...ao Plano de Intervenção	73
Apresentação e Discussão dos Resultados	78
Atividades complementares	85
Projeto de investigação – A participação das pessoas com DID na investigação....	91
Conclusão	101
Referências	104
Anexos.....	122
Anexo A – Escala de Avaliação em Meio Aquático	122
Anexo B – Consentimento Informado	127

Anexo C – Grelha de Observação Psicomotora.....	128
---	-----

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Atividades que contemplam o horário semanal de estágio da estagiária até 21 de dezembro de 2018.....	51
Tabela 2 - Atividades que contemplam o horário semanal de estágio a partir de 2 de janeiro de 2019.....	51
Tabela 3 - Caracterização do grupo de intervenção em meio aquático.....	56
Tabela 4 - Caracterização do grupo de intervenção em contexto de ginásio.	56
Tabela 5 - Semana-tipo do J.....	61
Tabela 6 – Objetivos gerais e específicos na intervenção em contexto de ginásio do J...73	
Tabela 7 - Objetivos gerais e específicos na intervenção em meio aquático do J.	74
Tabela 8 - Exemplo de atividades baseadas no circuito de treino adaptado a situações da vida diária.	75
Tabela 9 (cont.) - Exemplo de atividades baseadas no circuito de treino adaptado a situações da vida diária.	76
Tabela 10 - Exemplo de atividades realizadas em contexto de ginásio em função dos objetivos estabelecidos.....	77
Tabela 11 (cont.) - Exemplo de atividades realizadas em contexto de ginásio em função dos objetivos estabelecidos.	77
Tabela 12 - Resultados quantitativos da avaliação inicial e final através da ECAP (Santos & Morato, 2004).	78
Tabela 13 - Resultados quantitativos da avaliação inicial e final através grelha de observação psicomotora produzida pela estagiária.	80
Tabela 14 - Resultados quantitativos da avaliação inicial e final da EAMA.	83
Tabela 15 - Calendarização das etapas do projeto-intervenção.....	98

Índice de Figuras

Figura 1 - Estrutura funcional da CERCILisboa (CERCILisboa, 2017).	13
---	----

Introdução

O presente relatório insere-se na unidade curricular do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RCAP) na vertente de estágio e no domínio da Funcionalidade e Qualidade de Vida, do segundo ano do mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, e tem como principal objetivo a descrição da experiência da estagiária ao longo do ano letivo 2018-2019, em contexto institucional com adultos/as com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento (DID) e multideficiência.

O estágio objetiva a aquisição de aprendizagem e treino direcionado para a prática profissional tendo definido um conjunto de objetivos gerais (Normas Regulamentares do Mestrado Reabilitação Psicomotora [NRMRP], 2018) que foram considerados ao longo da sua prática. Assim, e no âmbito do aprofundamento do conhecimento da atividade profissional de reabilitação psicomotora nas vertentes científicas e metodológicas, a estagiária teve oportunidade não só de rever a literatura no que toca à caracterização da instituição, para uma melhor contextualização e conhecimento do funcionamento do local de estágio, bem como sobre os principais diagnósticos dos/das clientes a quem se prestou apoio, para um melhor transfer para a prática e análise crítica das características dos casos reais, e ainda sobre a contextualização da intervenção psicomotora como um dos apoios prestados em contexto institucional. Além disso, e decorrente de um desafio inicial da orientadora académica ao qual se tentou dar uma resposta adequada, refletiu-se também sobre um projeto de investigação/intervenção que reforçasse o conhecimento científico da estagiária e que fosse caracterizado pela relevância e inovação para a prática institucional, tentando contribuir para o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área (NRMRP, 2018). O trabalho em equipa foi outros dos objetivos alcançados dado toda a atividade profissional da estagiária ter sido supervisionada, bem como pela possibilidade de partilha com outros/as profissionais e de discussão de casos, num verdadeiro trabalho de equipa.

A capacidade de planeamento e implementação de programas de intervenção psicomotora (NRMRP, 2018) centrados na pessoa e, portanto, ajustados às suas necessidades, potenciais e expectativas, e a sua respetiva monitorização em diferentes contextos – no caso específico em ginásio e meio aquático, foi outro dos objetivos que a estagiária também experienciou ao longo de todo o ano. O mesmo documento refere que o estágio deve ainda proporcionar treino e oportunidades de aprendizagem específica

para a atividade profissional, o que foi conseguido ao longo de todo o processo: inicialmente, a estagiária aproveitou um primeiro momento para o contacto com o funcionamento da própria instituição e de todos os apoios disponibilizados às/aos clientes, para que em seguida se decidisse, em equipa, quais os casos que a estagiária iria acompanhar ao longo do ano letivo e para os quais estabeleceu os passos a seguir: desde a definição dos processos de avaliação do desenvolvimento psicomotor (com a seleção dos instrumentos a aplicar) com posterior estabelecimento de um perfil intraindividual e identificação dos objetivos a desenvolver, através de uma intervenção psicomotora centrada nas necessidades, potenciais e expetativas das/dos clientes, nunca descurando a identificação dos fatores contextuais, facilitadores ou inibidores da participação dos/as clientes nos contextos diários. A relação com a comunidade foi também outro dos objetivos alcançados com o estágio (NRMRP, 2018).

Neste sentido e para uma melhor compreensão da organização deste relatório, o presente documento organiza-se em quatro capítulos principais:

- Introdução e contextualização do âmbito, objetivos e estrutura do relatório de estágio;
- Uma segunda parte dedicada ao enquadramento teórico, incluindo inicialmente a caracterização institucional que pretendeu o conhecimento do funcionamento da CERCIS Lisboa e da sua filosofia, o que permitiu o maior contacto e à-vontade na instituição; a caracterização das principais perturbações apresentadas pelos casos com quem a estagiária interveio no âmbito da intervenção psicomotora para um aprofundamento do conhecimento teórico e, conseqüente, identificação das áreas fortes e a promover dos casos; a contextualização da psicomotricidade e da intervenção psicomotora não só no plano teórico mas visando sempre a relação com a prática concretizada e uma breve descrição, reforçando a sua importância como apoio à população com DID e multideficiência;
- Numa terceira parte, o relatório pretende descrever toda a prática vivenciada, desde o início da primeira reunião formal de apresentação e estabelecimento do horário semanal, bem como pela organização progressiva da atuação da estagiária - desde a observação não sistemática com função descritiva passando por todas as salas e atividades disponibilizadas aos/as clientes até à fase de maior autonomia, passando pela apresentação e caracterização dos casos, e das sessões psicomotoras nos mais diversos contextos onde a estagiária participou. Como exemplo mais detalhado de todo o trabalho com as/os clientes, é apresentado um estudo de caso com um resumo das suas principais características e informações relevantes, o processo de avaliação

envolvendo a seleção dos instrumentos e sua fundamentação até à aplicação e interpretação dos dados, quer num momento inicial para a identificação dos objetivos e o estabelecimento de um programa psicomotor centrado na/no cliente, quer num momento final onde se procura refletir sobre a evolução do caso e sobre a monitorização da intervenção. Ainda neste capítulo, será apresentado um projeto de investigação que pretende estudar as atitudes face à autodeterminação das pessoas com DID, tendo como co-autores/as na pesquisa os/as clientes com DID, exemplificando como a intervenção psicomotora pode deter um papel específico e inovador na instituição, e descritas outras atividades que apesar de não estarem inicialmente previstas, acabaram por ser experiências diferentes e que permitiram ter uma outra visão sobre a participação social das/dos clientes na comunidade; e, finalmente,

- A conclusão e reflexão pessoal sobre as experiências vividas no âmbito do estágio, tentando elencar as principais dificuldades e limitações, mas também as estratégias vencedoras e outras recomendações e ideias que a estagiária leva para a próxima etapa profissional percurso académico-profissional.

Enquadramento Teórico da Prática Profissional

Este capítulo atua como o enquadramento teórico base de toda a prática profissional da estagiária, e na qual se apresenta e caracteriza: a instituição de acolhimento – a CERCI Lisboa e, mais especificamente, o Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) denominado de Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa (CTVAA), dado ter sido o contexto base de toda a intervenção; a Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID), com base na revisão da literatura, dado ser o diagnóstico comum a todos/as as/os clientes, e a Epilepsia por ser a comorbilidade do estudo de caso, e, finalmente, a contextualização da intervenção psicomotora na instituição, o contexto funcional e as valências de intervenção.

Caracterização da instituição

Esta secção do relatório destina-se à caracterização da CERCI Lisboa, enquanto local de estágio, com o objetivo de conhecer melhor a sua política, missão e valores, e o seu funcionamento, tendo esta caracterização sido realizada durante o primeiro mês de estágio, o que permitiu a melhor integração da estagiária no seio da equipa.

Enquadramento Histórico

A Cooperativa de Educação e Reabilitação de Cidadãos com Incapacidades (CERCI) é uma cooperativa de solidariedade social sem fins lucrativos criada a 16 de julho de 1975, por um grupo de familiares de crianças com DID, juntamente com técnicos e outros membros da comunidade, como forma de promover a inclusão e participação ativa daqueles indivíduos na comunidade (CERCI Lisboa, 2013).

A CERCI começou por se organizar como um Centro Educacional nos Olivais procurando oferecer uma resposta inovadora ao nível da educação inclusiva, tornando-se uma referência nacional ao nível da então Educação Especial (CERCI Lisboa, 2013). Este apoio educativo especializado foi uma iniciativa muito importante, na medida em que rompeu com o tradicional atendimento assistencial que até então vigorava em Portugal (FENACERCI, s.d.). Passado algum tempo foi, então, criado o Movimento CERCI, que em pouco espaço de tempo foi dando respostas nacionais. Na sequência deste movimento e para uma mais célere identificação da instituição, foi informalmente adicionado o nome “Lisboa”, pelo que a partir daí é conhecida como CERCI Lisboa, sendo este o termo de referência utilizado ao longo do documento (CERCI Lisboa, 2013).

Inserido neste movimento, foram surgindo, por todo o país, outras cooperativas que assentam nos mesmos moldes e esta expansão nacional fez-se acompanhar da necessidade de criar um órgão capaz de representar estas cooperativas e, ao mesmo tempo, sensibilizar a opinião pública para os problemas que a população com DID e/ou multideficiência e respetivas famílias enfrentavam. E foi assim que se fundou a FENACERCI – Federação Nacional de Cooperativas de Solidariedade Social (FENACERCI, s.d.).

Em Lisboa, o número crescente de crianças com necessidades de apoio (na altura, designadas por necessidades educativas especiais - NEE) desencadeou a necessidade da criação de outro Centro Educacional, em Marvila (CERCI Lisboa, 2013). A CERCI procurou desenvolver a sua intervenção com base nos referenciais teóricos e nas políticas sociais vigentes. Ainda de acordo com a mesma referência, as respostas sociais e serviços vão sendo criadas com base nas necessidades da comunidade e de forma a chegar a todo o Ciclo de Vida, sofrendo uma adaptação constante, com a renovação do tipo de intervenção, revelando-se como uma instituição dinâmica e inovadora. A CERCI pretende ser coerente com as necessidades demonstradas, pelo que se permite extinguir ou criar serviços conforme a sua pertinência. Como exemplo, em 2010, a instituição extinguiu o **Programa de Apoio Domiciliário** por existir uma grande oferta deste serviço na comunidade em que está inserida (CERCI Lisboa, 2013).

Depois desta breve introdução histórica, segue-se o enquadramento institucional propriamente dito, destacando a missão e principais valores, os serviços e respostas sociais que disponibiliza à comunidade, políticas organizacionais, organograma funcional e códigos de ética/conduta, para em seguida, e dado ter sido o principal contexto de atuação da estagiária, ser dada uma maior atenção ao CTVAA.

Enquadramento institucional

Missão, Visão e Valores

A CERCI Lisboa, assume como **missão** atuar na sensibilização, prevenção, promoção de competências e capacidades e desenvolvimento de atividades através do fomento de uma comunidade orientada pelo otimismo, motivação e pela não discriminação, por forma a contribuir para a qualidade de vida das pessoas com deficiência intelectual e multideficiência e respetivas famílias (CERCI Lisboa, 2012a; CERCI Lisboa, 2013). Neste sentido, e inserido na sua **visão**, pretende afirmar-se como entidade de referência no âmbito da inclusão social, proporcionando melhor qualidade de

vida aos/às seus/suas clientes e múltiplas formas de vivência em comum (CERCI Lisboa, 2013).

A CERCI Lisboa acredita em **valores** como (CERCI Lisboa, 2012a):

- *Otimismo* através de uma “atitude positiva perante os desafios que foram considerados como oportunidades de aprendizagem” – este foi um dos valores que mais se sentiu ao longo de todo o estágio e que também foi incorporado na prática da estagiária, tendo-se encarado todos os desafios como formas positivas de aprendizagem e de crescimento pessoal;
- *Ética nos procedimentos*: que se estendem a todos os seus profissionais e estagiários; desta forma, teve-se em consideração todos os requisitos éticos inerentes quer ao estudo de caso, quer ao projeto de investigação concretizado, sendo generalizável ao nível da relação com cada cliente e colega de equipa;
- *Democracia na partilha*: a organização acredita na participação ativa dos profissionais baseada em princípios e práticas visando a proteção dos direitos humanos; esta questão foi uma constante ao longo do período de estágio, não apenas com as orientadoras locais, mas envolvendo outros/as técnicos/as e cuidadores/as (e.g.: responsáveis de sala) mais próximos/as dos/as clientes;
- *Determinação na ação*: a organização assume uma atitude persistente e empreendedora na concretização dos objetivos e na inovação das práticas, tendo sido um dos desafios na procura e reflexão permanente das melhores medidas e decisões a assumir na intervenção psicomotora propriamente dita, bem como reflexo do projeto de investigação que se procurou que fosse inovador;
- *Flexibilidade* nas atitudes: a organização toma decisões em função das situações e de acordo com as características individuais dos/das clientes, procurando não assumir posturas autoritárias e únicas, e tendo sempre em atenção as circunstâncias, as disposições e as características de todos/as;
- *Ousadia na inclusão* trabalhando para o funcionamento independente e a participação funcional dos seus clientes, indo ao encontro das suas motivações e competências; e
- *Dedicação à causa* baseada na premissa do interesse, significância e utilidade e foco da ação. Este princípio pautou sempre a atividade da estagiária, assumindo também uma posição de destaque ao nível dos técnicos e voluntários.

Estes princípios fundamentam as respostas sociais e serviços que a CERCI Lisboa disponibiliza aos/às seus/suas clientes, respetivas famílias e comunidade envolvente, pelo que em seguida serão brevemente abordados.

Serviços e Respostas Sociais

As respostas sociais e serviços resultam da vontade de disponibilizar alternativas que vão ao encontro das necessidades, potenciais e expectativas dos/as clientes e suas famílias, bem como às da comunidade envolvente. Tendo por base uma abordagem que se estende a todo o Ciclo de Vida, a intervenção é centrada no indivíduo como ser único e individual e visando a sua Qualidade de Vida (CERCI Lisboa, 2012b). Assim, segue-se uma breve apresentação de cada uma das respostas sociais (Centros de Atividades Ocupacionais, Intervenção Precoce na Infância, Lar Residencial e Centro de Atendimento, Acompanhamento e Animação para Pessoas com Deficiência) e dos serviços (Centro de Formação Profissional, Centro de Recursos para a Inclusão e Centro de Recursos Medidas para a Empregabilidade) disponíveis para os/as clientes e comunidade envolvente.

Em 1997, surge a resposta social Intervenção Precoce na Infância com o nome de **Programa Comunitário de Intervenção Precoce** (PCIP – CERCI Lisboa, 2013). Mais recentemente, em 2012, a CERCI foi convidada a fazer parte do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI – CERCI Lisboa, 2013). A CERCI é um dos organismos constituintes da Equipa Local de Intervenção de Lisboa Oriental que, em parceria com o agrupamento de escolas de Santa Maria dos Olivais e o agrupamento de Centros de Saúde Lisboa II, desenvolvem ações no campo da (agora denominada) **Intervenção Precoce na Infância**. Este serviço destina-se a crianças dos 0 aos 6 anos de idade com alterações nas funções e estruturas corporais que condicionam a participação em atividades típicas desta etapa desenvolvimental, em função da idade e do contexto social, não esquecendo as respetivas famílias (CERCI Lisboa, 2012j). A equipa de intervenção cumpre os objetivos definidos pelo SNIPI e das equipas locais de Intervenção de Lisboa Oriental e conta com a experiência de profissionais das áreas da psicologia, terapia da fala, serviço social, terapia ocupacional e fisioterapia (CERCI Lisboa, 2012j).

Em 1998, a CERCI propôs-se ser mais um dos agentes na construção da escola inclusiva. Encerrou a sua escola de ensino especial e passou a intervir nas escolas através de protocolos com o Ministério da Educação, a que se chamou “Programa de Parceria em Rede” e que, atualmente, se designa por **Centro de Recursos para a**

Inclusão (CRI – CERCI Lisboa, 2013). Este serviço pretende apoiar a inclusão de crianças e jovens com dificuldades, em contexto educativo e escolar. Destina-se a onze agrupamentos de escolas e toda a comunidade educativa, abrangendo alunos sinalizados com necessidades de medidas seletivas e/ou adicionais (Decreto-Lei n.º 54/2018) que frequentam as escolas (CERCI Lisboa, 2012k). O CRI tem como principal objetivo promover o máximo potencial em cada indivíduo num regime de ensino inclusivo em parceria com estruturas da comunidade, tendo em conta as dimensões do ensino, formação, trabalho, lazer, participação social e promoção de autonomia. A ação deste serviço é garantida por um conjunto experiente e multidisciplinar de profissionais: psicólogos, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, educadores sociais, assistentes sociais e técnicos de reabilitação e psicomotricidade (CERCI Lisboa, 2012k).

As atividades de estágio decorreram, maioritariamente, no contexto dos **Centros de Atividades Ocupacionais** (CAO), sendo por isso a resposta social que terá especial foco. A extinção do ensino especial que se fez acompanhar da intervenção nas escolas - deu lugar aos CAO, surgindo o primeiro em Marvila (CTVAA), o segundo nos Olivais (Santa Maria dos Olivais) e o terceiro em Carnide (Centro Ocupacional Espaço da Luz). Atualmente, estes centros dão resposta a 167 jovens e adultos com multideficiência e DID, oferecendo-lhes atividades que contribuem para a qualidade de vida do ponto de vista do bem-estar, desenvolvimento pessoal, social e inclusão social. Cada cliente tem um Plano Individual de Intervenção (PIIC) com uma vigência de 3 anos, elaborado conjuntamente pelo/a cliente/família e equipa técnica e que informalmente se designa por “Projeto de Vida”. De acordo com as necessidades, potenciais e expectativas dos/as clientes, estes/as podem usufruir de uma multiplicidade de atividades (CERCI Lisboa, 2012c):

- *Atividades Terapêuticas* que visam a ativação física e funcional do cliente, e a sua estimulação sensorial; a intervenção da estagiária focou-se mais nestas atividades, tanto pela observação direta das sessões de movimento, *snoezelen*, estimulação sensorial, fisioterapia, como pela intervenção propriamente dita na atividade motora e atividade em meio aquático;
- *Atividades de Desenvolvimento Pessoal e Social* que surgem no sentido de promover competências de relação interpessoal, autodeterminação, autonomia, bem-estar, participação social e cidadania;
- *Atividades Socioculturais*, i.e., atividade de carácter lúdico-recreativo, desportivo, cultural, social, festivo ou formativo;

- *Atividades Instrumentais da Vida Quotidiana*, onde se incluem atividades inerentes à vida diária de cada cliente, nomeadamente, higiene pessoal, vestuário, alimentação, atividades domésticas, entre outras; estas atividades são privilegiadas por todos os técnicos e estagiários da CERIC Lisboa como forma de promover e estimular a autonomia nas atividades de vida diária;
- *Atividades Estritamente Ocupacionais* (atualmente designadas por atividades de produção criativa), onde se pretende transformar uma matéria-prima num produto final, através da reutilização e reaproveitamento dos materiais disponíveis. Nestas atividades, cada cliente realiza uma tarefa do processo de acordo com as suas capacidades; e
- *Atividades Socialmente Úteis* que objetivam a valorização do/a cliente e o desenvolvimento das suas capacidades com vista a promover a sua autonomia e independência. As ASU são implementadas respeitando a legislação em vigor (Portaria 432/2006) e podem ser desenvolvidas dentro do contexto CERIC – ASU Interna – ou em entidades parceiras (Entidades de Acolhimento – e.g.: CTT, BMW, Vortal, Marktest, Fundação AGA KHAN, Fresinius, entre outras).

A CERIC Lisboa coordena com entidades públicas como a Medida de Qualificação de pessoas com Deficiência e Incapacidades e o Instituto do Emprego e Formação Profissional, desenvolvendo ações de Formação Profissional que contribuem para a aquisição e desenvolvimento de competências profissionais orientadas para o exercício de uma atividade no mercado de trabalho (CERIC Lisboa, 2012i). Em 1983, tendo como objetivo dar resposta aos potenciais e expectativas de ingresso no mercado de trabalho demonstrados por um grupo de clientes, surgiu o Centro de Apoio pelo Trabalho, que culminou no que hoje é o **Centro de Formação Profissional** (CFP) da CERIC. Atualmente, a CERIC tem associado ao CFP, o Centro de Recursos Medidas para a Empregabilidade. O CFP disponibiliza aos clientes cursos de operador de acabamento de madeira e mobiliário, cozinheiro, estofador, operador de jardinagem e acompanhante de crianças (CERIC Lisboa, 2012i).

Em 1999, nasce então o **Lar Residencial**, que partiu da necessidade de acolher permanente ou temporariamente os clientes identificados para esse fim (CERIC Lisboa, 2013). O **Lar Residencial** oferece uma resposta diária para cerca de 20 clientes, jovens/adultos/as com DID (com graves limitações ao nível da atividade e participação) e multideficiência, com idades superiores a 18 anos. O Lar Residencial desenvolve atividades que promovam as autonomias de cada cliente, em função dos objetivos

definidos no seu PIIC. Estas atividades podem enquadrar-se em quatro âmbitos (CERCI Lisboa, 2012j): *atividades socioculturais* de âmbito lúdico-recreativo, desportivo, cultural, social, festivo ou formativo; *atividades instrumentais da vida quotidiana*, onde se incluem as atividades de cuidados básicos (e.g.: higiene pessoal, vestuário e refeição), as *atividades domésticas* e as *atividades da vida diária* (e.g.: abrir portas, girar chaves, manusear dinheiro, telefonar, escrever, apanhar objetos, entre outros).

Por fim, a CERCI desenvolveu outro centro, que se designou como **Centro de Atendimento, Acompanhamento e Animação para Pessoas com Deficiência** (CAAAPD) e que pretende dar uma resposta personalizada ao nível da intervenção social através de apoios técnicos especializados e da articulação com a comunidade (CERCI Lisboa, 2013). O CAAAPD é uma resposta social que informa, apoia e acompanha pessoas com deficiência e respetivas famílias na resolução de problemas e situações de vida; contribui para o reconhecimento do direito à participação no processo de tomada de decisão pelas pessoas com deficiência; e sensibiliza a comunidade em geral sobre a deficiência, promovendo uma mudança de atitude (CERCI Lisboa, 2012k). Este serviço oferece alguns apoios, nomeadamente, apoio jurídico (acompanhamento, aconselhamento e/ou suporte jurídico processual), apoio social (informação, orientação e/ou acompanhamento na resolução de situações do quotidiano da família), por técnicos especializados na área, sendo o acompanhamento individualizado e personalizado aos clientes e respetivas famílias, e a intervenção orientada para necessidades e expetativas reais do cliente, em articulação direta com outros serviços (trabalho em rede) (CERCI Lisboa, 2012k).

A CERCI Lisboa rege-se por um conjunto de políticas que regulam todo o seu funcionamento, pelo que se considerou pertinente a sua abordagem resumida.

Políticas organizacionais

A CERCI acredita que a melhor forma de assegurar a qualidade dos serviços prestados passa por salvaguardar as necessidades e expetativas dos/as clientes, investir no crescimento e desenvolvimento de competências dos/as colaboradores/as, procurando alcançar a participação ativa da comunidade (CERCI Lisboa, 2012f). Neste seguimento, rege-se por cinco políticas organizacionais: política da qualidade, política de confidencialidade, política de recursos humanos, política de prevenção do abuso e maus tratos e política de participação e envolvimento de clientes (Departamento de Gestão da Qualidade, 2013).

A **política de qualidade** da organização assenta em quatro princípios fundamentais (CERCI Lisboa, 2012d): Orientação para o/a cliente; Valorização dos/as profissionais; Abertura à comunidade; e Melhoria contínua dos processos de trabalho. Um dos eixos centrais da CERCI Lisboa assenta na orientação para o/a cliente, na medida em que se pretende atingir 75% dos objetivos definidos nos planos individuais dos/as clientes, respondendo às suas necessidades, expectativas e potenciais, tal como a alocação de recursos necessários e as atividades planeadas (Departamento de Gestão de Qualidade, 2013). Por outro lado, a CERCI Lisboa sublinha a consolidação do modelo de qualidade de vida adotado, do modelo de intervenção ocupacional, bem como a criação de um departamento de autorrepresentação como forma de envolver ativamente os/as clientes, as respetivas famílias e a comunidade no geral (Departamento de Gestão de Qualidade, 2013). Os fatores descritos, concomitantemente com a participação e envolvimento de todas as partes interessadas na vida e funcionamento da CERCI bem como as parcerias operacionais (prestação de serviços), de desenvolvimento (inovação e desenvolvimento) e de responsabilidade social (contributos para o desenvolvimento local) atuais (Departamento de Gestão de Qualidade, 2013) orientam a ação holística da CERCI.

A CERCI Lisboa privilegia o compromisso de garantia de qualidade dos serviços sociais prestados aos/às clientes, famílias, colaboradores/as e entidades parceiras. Este compromisso foi reforçado em 2011 (CERCI Lisboa, 2012e), 2015 e 2017 através da certificação EQUASS que reconheceu as práticas da organização como dirigidas para os/as clientes, para os resultados concretos e para a procura contínua de melhoria.

No que diz respeito à recolha e tratamento dos dados pessoais, a CERCI adota uma **política de confidencialidade** abrangida pelo Decreto-Lei n.º 67/1998 e uma **política de proteção de dados** de acordo com o RGPD – regulamento Geral de Proteção de Dados 2016.679 – Parlamento Europeu, que garante a transparência do processo, a reserva da vida privada dos/as direitos, liberdades e garantias fundamentais dos/as clientes (CERCI Lisboa, 2012e).

A **política de recursos humanos** procura assegurar a satisfação e motivação dos/as colaboradores, garantindo um ambiente de trabalho positivo e promovendo a estabilidade das equipas. Para tal, esta política assenta no *recrutamento e seleção* de colaboradores/as com formação humana coerente com a missão e valores da CERCI e com conhecimentos e competências de acordo com o perfil funcional definido; na *igualdade de oportunidade e não discriminação*, promovendo a defesa e o respeito pelos

direitos fundamentais e deveres de todos/as os/as colaboradores/as; em *princípios éticos* transversais à organização e respetivos/as colaboradores/as; no *reconhecimento* do esforço individual, empenho e dedicação no cumprimento da sua função, reforçando a reflexão individual e partilhada; na *formação* adequada e permanente que contribua para maior conhecimento e competências no exercício das funções; e na *participação e valorização* dos/as colaboradores/as, assumindo a partilha de ideia e o diálogo como ferramentas motivacionais (Departamento de Gestão da Qualidade, 2013).

A **política de prevenção do abuso e maus tratos** assenta na dignidade e integridade moral e física de todos/as, na promoção de um ambiente harmonioso e estimulante, na prevenção e atuação em situação de suspeita/verificação de maus tratos (Protocolo de Atuação) e na análise e reflexão sobre os fatores de risco e de proteção (Departamento de Gestão da Qualidade, 2013).

Por fim, a **política de participação e envolvimento de clientes** preconiza a capacidade de tomada de decisões e reforça o papel ativo dos/as clientes no rumo das suas próprias vidas (Departamento de Gestão da Qualidade, 2013).

Organograma funcional

O organograma funcional (Figura 1) representa a hierarquia da organização e as principais relações funcionais existentes no seio da CERCI Lisboa. A estrutura interna é constituída por órgãos sociais, sendo que a Direção assume funções executivas e de representação da cooperativa (CERCI Lisboa, 2012g). No total, a CERCI Lisboa conta com a colaboração de uma equipa multidisciplinar de psicólogos/as, assistentes sociais, técnicos/as de reabilitação e psicomotricidade, terapeutas, educadores/as, monitores/as de atividades ocupacionais que, em conjunto, procuram intervir e apoiar jovens e adultos/as com DID (maioritariamente com limitações acentuadas ao nível da atividade e participação) e multideficiência (CERCI Lisboa, 2012c).

No ano de 2018, a CERCI conta com 122 colaboradores/as organizados/as em equipas multidisciplinares, podendo assumir mais que uma função ou a mesma, em diferentes respostas sociais/serviços. Cerca de 51% dos recursos humanos previstos incluem técnicos/as de intervenção específica (e.g.: psicólogos/as, fisioterapeutas, técnicos/as de reabilitação/psicomotricistas, terapeutas ocupacionais, entre outros/as) (CERCI Lisboa, 2017).

Os princípios da organização foram construídos de maneira a serem exclusivamente orientados para o/a cliente, assegurando as condições necessárias para

o desenvolvimento pessoal, bem-estar e inclusão social (CERCI Lisboa, 2012h). Estes princípios encontram-se registados no separador seguinte.

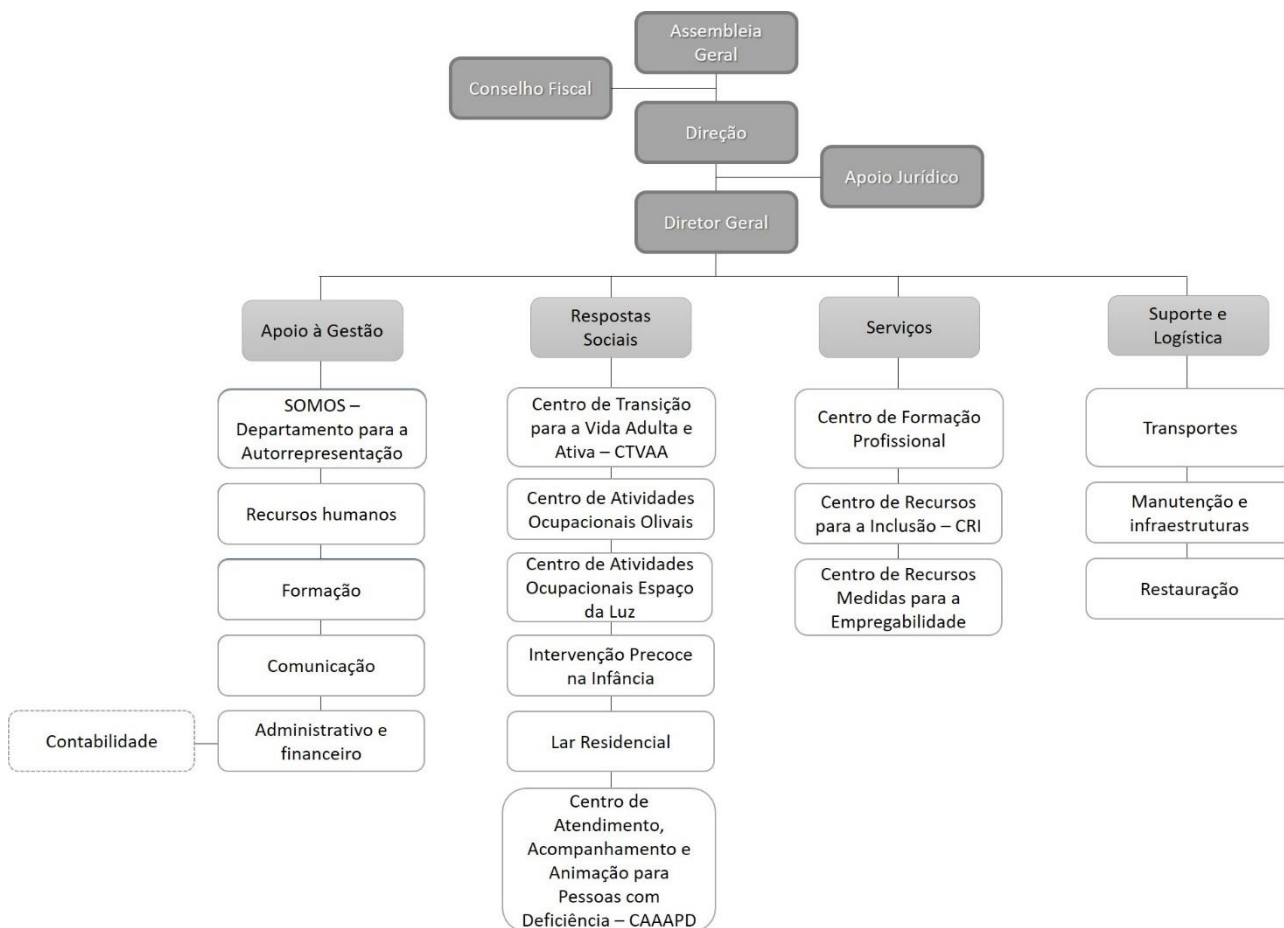


Figura 1 - Estrutura funcional da CERCI Lisboa (CERCI Lisboa, 2017).

Código de Ética

A CERCI Lisboa redigiu um documento que se baseia em entidades e instrumentos legais como o Código de Ética da CODEM, a Constituição da República Portuguesa, a Declaração Universal dos Direitos do Homem e a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, que se constitui como uma referência para as práticas profissionais e de regulação das condutas, e como forma de facilitar a resolução de problemas éticos do dia-a-dia (CERCI Lisboa, 2012l). O fim último deste documento é promover a qualidade de vida, a felicidade e o bem-estar dos/as clientes da CERCI realçando-se um conjunto de dez princípios éticos de ação (CERCI Lisboa, 2012l), que também se estenderam à atuação da estagiária:

1. *Princípio da Dignidade*, que pretende assegurar o respeito da individualidade da pessoa com deficiência, no que respeita aos seus direitos, opções e expectativas, de forma a promover a sua qualidade de vida e que norteou toda a atividade da estagiária;
2. *Princípio da Igualdade de Oportunidades* que visa fornecer, à pessoa com deficiência, oportunidade para a promoção de igualdade e equidade, potenciando os mecanismos facilitadores da atividade e participação social;
3. *Princípio do Direito à Privacidade* que objetiva preservar a intimidade da pessoa com deficiência e a confidencialidade da informação, salvaguardando a segurança e bem-estar;
4. *Princípio do Direito à Participação e Autonomia* que permite ativar os mecanismos facilitadores de tomada de decisão e da participação ativa em todos os contextos de vida;
5. *Princípio da Partilha de Responsabilidades* com o intuito de assegurar um entendimento comum e estabelecer um compromisso de responsabilidades partilhadas entre os/as interessados/as;
6. *Princípio do Direito à Informação* que garante o acesso à informação pertinente e útil à ação, salvaguardando a proteção dos dados pessoais e assegurando o cumprimento do princípio do direito à dignidade;
7. *Princípio da Não Discriminação* que visa respeitar a diversidade da pessoa com deficiência, em função das características individuais e coletivas;
8. *Princípio da Cooperação e da Intercooperação* que assume uma atitude cooperativa e intercooperante com as partes interessadas, respeitando os valores e missão organizacional;
9. *Princípio da Transparência da Ação* pretendendo-se assumir uma atitude clara e transparente em todos os domínios da atividade organizacional e profissional; e
10. *Princípio da Valorização dos Profissionais* que visa criar oportunidades relevantes para o desenvolvimento pessoal e profissional de todos/as os/as técnicos/as e colaboradores/as com vista à valorização da sua competência e assumindo a responsabilidade na promoção da qualidade e eficiência da sua ação.

Este documento estabelece ainda alguns direitos e deveres para os/as colaboradores/as da CERCI Lisboa. Os direitos envolvem (CERCI Lisboa, 2012I): ver

assegurado o respeito pela sua dignidade e características pessoais; desempenhar as suas funções em condição dignas para o seu trabalho; contribuir com uma participação ativa para a vida da CERCI; e ter acesso a informação e recursos existentes para o desempenho da sua função. Por outro lado, os deveres passam por (CERCI Lisboa, 2012l): exercer a sua atividade profissional de acordo com os valores, missão e políticas da CERCI, cumprindo os códigos e normas organizacionais; preservar o bom prestígio e a boa imagem social e pública, interna e externa; respeitar a privacidade e a confidencialidade da informação, garantindo o sigilo profissional; e ser pró-ativo na procura de soluções que visam a formação e atualização de conhecimentos a respeito da atividade profissional.

Considerando toda a caracterização da CERCI Lisboa, importa, nesta fase, descrever com maior detalhe o CTVAA e o Complexo Desportivo do Casal Vistoso (CDCV), por terem sido os locais em que a estagiária realizou a sua prática profissional.

Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa

O CTVAA é um dos três CAO da CERCI Lisboa. Abriu portas em 1976, no concelho de Marvila e, atualmente, situa-se na Avenida Avelino Teixeira da Mota, Lote E, 1950-033 Lisboa (Coordenadas GPS: 38.752661º, -9.120651º) juntamente com a sede da CERCI Lisboa e o Lar Residencial (CERCI Lisboa, 2013).

Do ponto de vista legal (CERCI Lisboa, 2012c), o CTVAA encontra-se ao abrigo do Decreto-Lei nº 18/89 de 11 de janeiro, que recomenda as atividades ocupacionais como uma modalidade de ação social exercida pelo sistema de segurança social, que perspetiva a valorização pessoal e integração do ponto de vista social de pessoas com deficiência. Os objetivos incluem: estimular e facilitar o desenvolvimento das capacidades das pessoas com necessidades de apoios extensivos, e facilitar a sua integração social bem como o seu encaminhamento, sempre que possível, para programas adequados de integração socioprofissional (Decreto-Lei n.º 18/89). Este decreto-lei, por sua vez, é regulamentado pelo Despacho nº 52 de 16 de julho de 1990 que define um conjunto de regras aplicáveis aos CAO relativamente a 1) condições de implantação e funcionamento, 2) verificação e certificação das condições necessárias à admissão de clientes, e 3) definição dos critérios para a atribuição de compensações monetárias e para a determinação de participações dos/as clientes; e pela Portaria nº432, de 3 de maio de 2006, que regulamenta o exercício das atividades socialmente úteis.

Atualmente, este centro inclui 105 clientes, 60 do género masculino e 45 do género feminino entre os 20 e os 55 anos com DID e multideficiência, com limitações na

atividade ou participação podendo, no entanto, receber indivíduos a partir dos 18 anos (CERCI Lisboa, 2012c).

O CTVAA conta com uma equipa multidisciplinar composta por uma diretora técnica, três educadoras, duas técnicas de reabilitação (TR), uma fisioterapeuta, duas psicólogas, uma assistente social, três terapeutas ocupacionais, sete auxiliares pedagógicas e nove monitoras, pessoal afeto à manutenção, limpeza e cozinha, que colaboram entre si para promover o desenvolvimento de cada cliente combinando um conjunto diversificado de áreas de intervenção (CERCI Lisboa, 2017).

Este centro disponibiliza um conjunto de atividades diversificadas: *atividades estritamente ocupacionais/atividades de produção criativa*, que se referem a todo o trabalho desenvolvido em contexto de sala desde a transformação e reaproveitamento de materiais até ao produto final; *atividades socialmente úteis internas* que dizem respeito às tarefas de limpeza e manutenção dos espaços inerentes ao CAO (e.g.: jardinagem, cozinha/refeitório, lavandaria, lar residencial, receção, entre outros), bem como as *externas* que resultam de parcerias com entidades de acolhimento (e.g.: CTT, BMW, entre outras); *atividades terapêuticas* como atividade em meio aquático realizada no complexo desportivo do Casal Vistoso, atividade motora em contexto de ginásio e caminhadas no exterior, fisioterapia, terapia ocupacional, *snoezelen* e estimulação sensorial, expressão plástica, psicologia; *atividades de desenvolvimento pessoal e social* como reuniões/debates/conversas temáticas, expressão dramática, grupo de bombos “Bombarte” e dança, e *atividades socioculturais* que correspondem a torneios intercentros, e outras de cariz social, cultural, desportivo e formativo (CERCI Lisboa, 2012b).

No que se refere às estruturas físicas, e por observação direta, o CTVAA organiza-se em dois pisos e espaços exteriores. O piso térreo alberga a receção e um acesso ao elevador; o corredor à direita direciona para um espaço amplo de convívio (com máquina de café, mesas e cadeiras e um pequeno palco) onde os clientes se reúnem no período entre o fim do almoço e a retorno às respetivas salas; o corredor à esquerda dá acesso à zona de refeitório onde os clientes e os técnicos tomam as suas refeições, a um espaço exterior que se liga ao jardim sensorial (com materiais com cores, texturas, rigidez diversas) e a uma rampa de acesso aos gabinetes das terapeutas (psicomotricidade, terapia ocupacional e psicologia), serviços administrativos e ginásio e balneários. O ginásio, o espaço onde decorrem as sessões de atividade motora, é constituído por um campo de cor verde com linhas coloridas, marcadas no chão,

correspondentes aos limites das diferentes modalidades desportivas. Tomando a entrada deste espaço como ponto de referência, do lado esquerdo encontram-se bancos suecos, uma baliza, uma tabela de basquetebol e uma tabela adaptada para corfebol. De frente, encontram-se um conjunto de colchões e janelas. Do lado direito, uma baliza de futebol, uma tabela de basquetebol, uma outra tabela de corfebol com as dimensões oficiais e um corredor que dá acesso aos balneários femininos e masculinos. Junto dos balneários masculinos encontra-se uma arrecadação onde constam armários devidamente identificados com diversos materiais. O ginásio tem ligação direta (através de uma rampa de acesso e escadas) a um espaço utilizado nas consultas de medicina do trabalho e algumas sessões de terapia ocupacional.

No piso superior, situam-se as seis salas com casas de banho e telefones utilizados para uma comunicação mais rápida e eficaz entre todas as divisões do CAO, um espaço equipado com computadores, acesso ao elevador, o gabinete da diretora técnica e um pequeno terraço com estendal. O lar residencial situa-se num espaço contíguo ao edifício principal, tendo acesso direto a partir deste. Atualmente, aloja 20 residentes permanentes. Importa ainda salientar um conjunto de trabalhos expostos na entrada, paredes das salas e corredores do CTVA bem como diplomas e informações relativas ao enquadramento organizacional (história da CERC Lisboa, regulamento interno, entre outros), ao funcionamento da CERC Lisboa (e.g. políticas de qualidade, confidencialidade e recrutamento, equipa técnica, código de ética), entre outros documentos e materiais (e.g.: Carta dos Direitos e Deveres dos Clientes, fotografias e trabalhos de produção criativa).

Considerando os recursos materiais, o centro dispõe de cinco viaturas de transporte de passageiros (três carrinhas, estando duas delas adaptadas para o transporte de clientes com cadeiras de rodas) e três motoristas, que garantem a deslocação dos/as clientes nos trajetos local de residência-centro e vice-versa, centro-complexo desportivo do Casal Vistoso e vice-versa, e, ainda, visitas a estruturas da comunidade (e.g.: visitas à quinta pedagógica, GNR, entre outras) e outras atividades socioculturais dinamizadas no exterior.

A CERC Lisboa estabeleceu um protocolo com o Complexo Desportivo do Casal Vistoso que assegura a realização das sessões de atividade em meio aquático durante todos os dias úteis. Importa ainda destacar uma parceria estabelecida com a cadeia de ginásio GO fit que disponibiliza um tanque terapêutico com condições favoráveis ao trabalho em meio aquático com os/as clientes mais dependentes do ponto de vista da

autonomia e funcionalidade. Neste sentido, e com vista a contextualizar os espaços de intervenção em que a estagiária teve oportunidade de observar (e.g.: tanque terapêutico do GO fit Olivais) e intervir (Complexo Desportivo do Casal Vistoso, Areeiro), a próxima secção do presente relatório destina-se à descrição destes espaços.

Complexo Desportivo do Casal Vistoso

O Complexo Desportivo do Casal Vistoso situa-se na Rua João da Silva 20, 1900-098 Lisboa, e funciona de segunda a sexta-feira das 8h às 21h30, sábados das 8h às 19h e domingos e feriados das 9h às 19h (Câmara Municipal de Lisboa [CML], 2018). O complexo inclui a piscina, o pavilhão desportivo, balneários, posto médico, bar/restaurante, rocódromo e serviços administrativos e oferece aos seus clientes um conjunto de atividades aquáticas como *aquafitness*, hidroginástica, natação e utilização livre para clientes particulares (CML, 2018).

A área de piscina começa perto da receção, onde existem uns torniquetes para os clientes passarem. Do lado direito da receção existe um espaço de passagem onde podemos encontrar algumas mesas e cadeiras. Passados os torniquetes, segue-se um corredor que dá acesso aos balneários (masculinos e femininos). Cada balneário é constituído por uma área ampla com uma casa de banho adaptada, bancos, cacifos e uma zona comum de duche para os/as clientes tomarem banho.

Na entrada para o cais, encontram-se seis cadeiras adaptadas ao meio aquático (*riftons*), seguidas de um desnível com água que funciona como lava-pés. O cais é composto por uma piscina com 25m x 20m, e com uma profundidade de 1.20 metros e capacidade para 10 pistas separadas por bóias vermelhas. Do ponto de vista da acessibilidade, o acesso ao interior da piscina pode ser feito por uma cadeira elevatória e no outro lado, a piscina possui 3 escadas com corrimão de apoio. Tendo como ponto de referência a entrada no cais, do lado direito, o pavilhão é composto por bancos corridos e a cadeira do nadador-salvador; do lado esquerdo, as paredes são envidraçadas permitindo aos clientes uma vista sobre as atividades que decorrem na piscina. Possui ainda prateleiras e armários com materiais diversos, como bolas, arcos, rolos, bastões de espuma, pranchas placas, cones, entre outros.

A piscina é utilizada pelos/as clientes e técnicos/as do CTVAA todas as manhãs das 10h às 11h45 através das sessões de atividade em meio aquático. O trabalho desenvolvido estende-se ao balneário, promovendo a organização e autonomia dos/as clientes no banho e vestir-despir. As atividades em meio aquático são dinamizadas por duas técnicas superiores de educação especial e reabilitação e uma terapeuta

ocupacional, contando com o apoio das monitoras tanto em contexto aquático como no balneário.

Ginásio GO fit Olivais

A estagiária não realizou intervenção psicomotora neste espaço, no entanto, observou e participou em duas sessões dinamizadas pela terapeuta ocupacional, pelo que se segue uma breve caracterização do espaço como forma de contextualizar a atividade.

O GO fit Olivais situa-se na Avenida de Berlim, s/n 1800-178 Lisboa, e funciona de segunda a sexta feira das 7h às 22h30, aos sábados das 9h às 20h30 e aos domingos e feriados das 9h às 18h30 (GO fit, s.d.). Particularmente, o espaço da piscina é composto por quatro pistas (duas de 50m e duas de 25m de comprimento), tanque, circuito hidrotermal que inclui spa, jacuzzi, banho turco e sauna, e ainda um conjunto de materiais e equipamentos (bolas, rolos de espuma, ilhas, halteres de espuma, entre outros).

Depois desta contextualização do funcionamento e da filosofia da instituição de acolhimento deste estágio, será feita em apresentada em seguida a caracterização dos dois diagnósticos com maior prevalência no CTVAA: a DID (comum à maioria das/dos clientes) e a epilepsia (comorbilidade do estudo de caso).

Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais

Definição

Na sequência das evidências e reflexões científicas no campo da DID, a mais prestigiada organização mundial na área, altera o seu nome para *American Association on Intellectual and Developmental Disability* (Morato & Santos, 2007), em complementaridade com a proposta da renomeação de *mental retardation* para *intellectual disability* (Schalock et al., 2007). Esta necessidade de mudança resulta do pouco rigor e da sua conotação negativa associada à desvalorização, desresponsabilização e estigmatização dos indivíduos com este diagnóstico (World Health Organization [WHO], 2002; Santos & Morato, 2012a), procurando-se uma concetualização baseada em critérios mais objetivos e universais, considerando não só a avaliação psicométrica da inteligência (QI) como também a componente social que inclui o comportamento adaptativo (CA – Santos & Morato, 2012a).

Apesar desta mudança ter sido, de uma forma geral, consensual na maioria dos países – em países de língua espanhola traduziu-se para “*discapacidad intelectual*” (Ministerio de Educación Chile, 2010; Verdugo, 2003), nos de língua italiana para “*disabilità intellettuale*” (Bertelli, 2013) e mesmo no Brasil se ter assumido a “deficiência intelectual (Sassaki, 2005), a nível nacional esta terminologia parece não ter encontrado um acordo. Neste âmbito, a legislação optou por *deficiência intelectual*, Sanches-Ferreira, Lopes-dos-Santos & Santos (2012) avançam com *incapacidade intelectual* e Morato & Santos (2007) propõem o termo *dificuldade intelectual e desenvolvimental*, e que será adotado ao longo deste relatório.

Desta forma, a DID é uma perturbação que se manifesta no período desenvolvimental (American Psychiatric Association [APA], 2013) ou antes dos 18 anos (Schalock et al., 2010, 2012), envolvendo limitações concomitantes a nível cognitivo (e.g.: raciocínio, resolução de problemas, pensamento abstrato, aprendizagem pela experiência, entre outros) e adaptativo (ao nível do funcionamento independente, responsabilidade pessoal e social) expressas nas habilidades conceituais, práticas e sociais (APA, 2013; Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010, 2012). As capacidades **conceituais** estão relacionadas com a linguagem e literacia, noção numérica, temporal, monetária, e capacidade de orientação espacial e direção; as **sociais** associadas à responsabilidade social, autoestima, capacidade de resolução de problemas sociais, relação interpessoal, credibilidade, capacidade de seguir e obedecer a normas socialmente aceites; e as **práticas** implícitas na autorregulação em áreas como atividades da vida diária (higiene e cuidado pessoal), capacidade de gestão de dinheiro, definir horários e cumprir rotinas, recreação, responsabilidade no trabalho (APA, 2013; Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010; Schalock et al., 2012).

De uma forma mais específica, e no âmbito dos critérios de diagnóstico da DID, o funcionamento intelectual ou *inteligência* é definido como um conjunto de capacidades intelectuais cuja medida pode ser obtida através de testes standardizados, através do cálculo do QI que se deve posicionar dois desvios-padrão abaixo da média (i.e.: inferior a 70 – APA, 2013; Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010; Schalock et al., 2012; Tassé et al., 2012). Os/as autores/as advogam que a presença de limitações do ponto de vista cognitivo é necessária, mas insuficiente para a definição de DID, se utilizada como medida única, reforçando a necessidade da avaliação adaptativa.

Por seu lado, o *comportamento adaptativo* representa um conjunto de competências aprendidas e praticadas nas atividades de vida diária com vista à

autonomia do indivíduo (Santos & Morato, 2012b; Santos, Morato & Luckasson, 2014), e está diretamente relacionado com o funcionamento independente, responsabilidade pessoal e social (Lambert, Nihira & Leland, 1993). Como critério formal de DID, e à semelhança do funcionamento cognitivo, o CA deve ser medido por instrumentos padronizados e com propriedades psicométricas bem comprovadas, assumindo-se um novo valor de corte para o diagnóstico: dois desvios-padrão abaixo da média (Luckasson et al., 2002; Schalock, et al., 2010; Tassé et al., 2012), num dos domínios ou no valor global (Schalock et al., 2012).

Etiologia e Prevalência

O conhecimento etiológico das perturbações neurodesenvolvimentais é essencial para a melhor compreensão das diferentes características apresentadas, neste caso pelas pessoas com DID, nos mais variados âmbitos e que impactam o bem-estar e a qualidade de vida destas pessoas (Oliver, Woodcock & Adams, 2010), apesar de, mesmo com os avanços tecnológicos e genéticos, ser um desafio (Ke & Liu, 2012). Para Harris (2006), a DID apresenta uma variedade de causas que incluem a pré-disposição genética e a epigenética, ambas associadas a alterações nos genes, sendo que Kaufman, Ayub & Vincent (2010) referem que 25 a 60% dos casos com DID tem na sua base fatores genéticos e Percy, Lewkis & Brown (2007) apontam para os 70%. Neste sentido, e baseados na apresentação dos sintomas, Ke & Liu (2012) dividem a DID em dois grandes grupos: de **origem síndrômica** com dismorfia fenotípica (craniofacial, esquelética), alterações musculares e no crescimento associado a doenças metabólicas; e **não-sindrômica** caracterizados pelas limitações cognitivas mas sem alterações fenotípicas ou no funcionamento dos sistemas. Considerando tudo o que se sabe atualmente sobre a relação entre a genética e a DID, aceita-se que esta decorra de dois temas mecanicistas: (1) disfunção de programas neurodesenvolvimentais e (2) alterações na organização e plasticidade sinápticas (Kramer & van Bokhoven, 2009; Vaillend, Poirier & Laroche, 2008). Do ponto de vista molecular, a literatura (e.g.: García-Cazorla et al., 2009) parece encontrar ainda uma relação entre perturbações nos mecanismos energéticos (e.g. défices no transporte de glucose e creatina) e a DID ligeira/moderada ou com menor necessidade de apoios.

Gilissen e colaboradores/as (2014) investigaram a possibilidade de atipicidades genéticas estarem na origem da DID severa ou com maior necessidade de apoios, analisando a sequenciação do genoma de 50 participantes diagnosticadas/os com DID severa e respetivos pais típicos. Os resultados identificaram 84 variações no número de

cópias *de novo* que afetavam a região de codificação do genoma, com expressão significativa das mutações relacionadas com perda de função, bem como expressão de genes previamente envolvidos em perturbações relacionadas com a DID. Além disso, os/as autores/as identificaram oito variações de cópias *de novo* e duplicações intercromossômicas que pareceram afetar mais do que o esperado os genes relacionados com a DID, sendo que estes resultados sugerem que estas alterações genéticas (variações no número de cópias *de novo* e variações únicas nos nucleótidos) que afetam a região de codificação são uma das principais causas de DID severa ou com maior necessidade de apoios (Gilissen et al., 2014).

Harris (2006) acrescenta ainda outros fatores como a vulnerabilidade desenvolvimental, a hereditariedade, o envolvimento, os agentes teratogêneos (toxinas endógenas e exógenas) e fatores neurobiológicos como possíveis causas da DID. Este autor organiza a etiologia da DID, pelo momento temporal das alterações, em causas **pré-natais** incluindo alterações cromossômicas, síndromes, erros metabólicos, malformações cerebrais e papel do envolvimento; **perinatais** que ocorrem na altura do parto ou nos momentos imediatos e que envolvem questões intrauterinas e neonatais como anoxia e hipoxia; e **pós-natais** associados a processos infecciosos, problemas associados à desmielinização e desordens degenerativas, convulsões, metabolismo tóxico, malnutrição e situações de privação do envolvimento.

Schalock e colaboradores/as (2010) assumem a abordagem multietiológica distinguindo os fatores de risco em: **biomédicos** interligados com os processos biológicos (alimentação, nutrição, anomalias genéticas – APA, 2013; Harris, 2006); **sociais** destacando-se a qualidade de interação social e familiar tais como estimulação e capacidade de resposta do/a adulto/a; **comportamentais** relacionados com atividades perigosas/de risco ou consumo de substâncias pela mãe, entre outros; e **educacionais** relativos à eficiência dos apoios educativos para promover o desenvolvimento funcional.

A prevalência da DID varia com os critérios e métodos utilizados no diagnóstico, bem como as comorbilidades. Assim, a APA (2013) apresenta valores aproximadamente de 1%, variando em função da idade, e Ke & Liu (2012) avançam com valores entre 2 e 3%, realçando que a DID parece ser mais frequente em países com menor estatuto socioeconómico, e que as formas mais ligeiras parecem mais dependentes de fatores ambientais, enquanto a forma severa parece ser relativamente estável.

Classificação

A nível nacional, existem três sistemas de classificação comumente utilizados pelos que os mesmos serão descritos de forma breve. Assim, o modelo biopsicossocial da World Health Organization (WHO, 2002) preconiza que o funcionamento humano deve envolver quatro dimensões: estruturas do corpo, funções do corpo, atividades e participação influenciados por fatores pessoais e contextuais. Apesar da dimensão mais social, este sistema continua a classificar a “deficiência” em leve, moderada, grave e profunda. A APA (2013) mantém esta mesma categorização, mas inova realçando que as subcategorias devem ser baseadas nas limitações ao nível das competências adaptativas, e não intelectuais como até recentemente.

Na sequência do novo paradigma e concetualização da DID, implicando uma mobilização de apoios necessários para ultrapassar as dificuldades sentidas pelos indivíduos através de estratégias e recursos para remover as barreiras diárias (Schalock et al., 2010; Schalock et al., 2012), surge uma nova proposta que não se foca nas dificuldades do sujeito, mas antes nos apoios que necessita para uma vida na comunidade (Thompson et al., 2004, 2009). Os apoios incluem os recursos e estratégias que contribuam para promover a independência e autonomia no acesso aos vários contextos de vida em comunidade (educação, saúde, emprego e lazer), sempre em função dos interesses dos indivíduos (Luckasson & Schalock, 2012). Esta classificação passa então a considerar: **apoios intermitentes** de carácter esporádico apenas necessários em momentos de transição; **limitados** cuja maior consistência e continuidade são limitadas no tempo; **extensivos** de carácter regular (diário) em contextos específicos do sujeito (e.g.: casa, escola, emprego, entre outros) e **permanentes** ou constantes, sendo de alta intensidade e prolongados no tempo (Thompson et al., 2004, 2009).

É de se realçar que apesar das mudanças ao nível do funcionamento institucional, o diagnóstico dos clientes ainda aparece, no seu processo clínico, com as categorias iniciais de ligeiro, moderado, severo e profundo.

Áreas de desenvolvimento

Apesar de a DID ser uma perturbação heterogénea com uma multiplicidade de causas e grande variabilidade fenotípica e comportamental, a literatura aponta um conjunto de características comuns ao diagnóstico em questão em função das diferentes áreas de desenvolvimento, pelo que serão abordadas em seguida. Este ponto, e tal como

o anterior, foi elaborado nos primeiros momentos do estágio como aprofundamento do conhecimento sobre a temática para uma maior segurança e compreensão da realidade institucional, por parte da estagiária.

Cognição e funções executivas

A avaliação cognitiva das pessoas com DID é ainda um processo complexo dada a heterogeneidade dos perfis, influenciados por uma série de fatores. Um dos tópicos a que se tem dado mais atenção é o funcionamento executivo que se refere a processos que controlam e regulam o pensamento e a ação, englobando subcomponentes como a memória de trabalho e a inibição, relacionados entre si (Miyake et al., 2000).

As dificuldades ao nível da memória de trabalho, atenção e controlo inibitório (Borella, Carretti & Pelegrina, 2010; Kirk, Gray, Riby & Cornis, 2015) condicionam a capacidade de manter o foco na tarefa (Tavares et al., 2007) e a menor velocidade de processamento de informação (Danielsson, Henry, Messer & Rönnerberg, 2012), com repercussões na menor precisão cognitiva (Bailey, 2007), em contexto social, e as limitações no ajustamento comportamental (Denson, Pedersen, Freise, Hahm & Roberts, 2011). A capacidade de atenção relaciona-se com o foco e manutenção na tarefa e envolve a atenção seletiva (diferenciando a informação relevante da irrelevante), sustentada e dividida estando afetada nas pessoas com DID (Javan, Framarzi, Abedi & Nattaj, 2014). Os/as autores/as apontam que estas pessoas necessitam de mais tempo e de mais repetições, mas lembram que são capazes de aprender, desenvolver e rechamar informação.

Blasi, Elia & Buono (2007) referem ainda que as crianças com DID apresentam défices na organização perceptual consistentes com a ideia de limitações no processamento da informação. A capacidade simbólica e representação mental, bem como as dificuldades na antecipação causa-efeito, a menor tolerância à frustração acompanhada pela falta de iniciativa e perseverança (Burack, Hodapp & Zigler, 1998; Santos & Morato, 2012b; Schalock et al., 2012) são outras das características referidas na literatura.

A capacidade de abstração influencia o estabelecimento de relações entre objetos, de carácter temporal e espacial, e as pessoas com DID tendem a demonstrar dificuldades nesta área (Sgaramella, Carrieri & Barone, 2012). Estes/as autores/as acrescentam ainda as dificuldades de inibição de respostas comportamentais desajustadas. Todas estas dificuldades tendem a aumentar com o nível de severidade da DID, e as capacidades conceptuais das pessoas com maiores necessidades de apoio ou

classificadas como DID profunda, relacionam-se mais com o mundo físico do que com os processos simbólicos. A menor qualidade do desenvolvimento físico e sensorial também condiciona o uso funcional dos objetos bem como a interação nas atividades sociais criando, assim, barreiras à participação (APA, 2013).

Danielsson e colaboradores/as (2012) referem dificuldades ao nível do pensamento abstrato e funcionamento executivo (APA, 2013) que se manifestam através de erros na percepção e decodificação, limitações em interpretar informações valiosas, dificuldades ao nível da tomada de decisões ou respetiva resolução e planeamento de tarefas, com consequências a variados níveis (Danielsson et al., 2012). Apesar de resultados semelhantes entre crianças com e sem DID em algumas tarefas de desempenho dual (Van der Molen, Van Luit, Jongmans & Van der Molen, 2007), outras tarefas de maior complexidade como a resolução de problemas apresentam perfis inferiores (Levén, Lyxell, Andersson, Danielsson & Rönnberg, 2008).

As limitações cognitivas, se acompanhadas pela desadequação de apoios ou fraca estimulação, impactam o sucesso académico ao nível da codificação das palavras e compreensão do seu significado (Danielsson et al., 2012; Drew & Hardman, 2007), com repercussões ao nível de dificuldades na leitura e escrita (Santos, 2014; Santos & Morato, 2016) e na aplicação dos conhecimentos para novas situações (Bernie-Smith, Patton & Kim, 2006). A aprendizagem dos processos matemáticos é afetada pelas dificuldades no reconhecimento, codificação e processamento dos símbolos escritos, com dificuldades para a aplicação dos conhecimentos na vida diária ao nível da leitura de tabelas, noção de distância, compreensão de conceitos, e operações matemáticas básicas (Santos & Morato, 2012b).

Esta questão é observável no âmbito de discursos menos perceptivos, nas limitações de memorização, codificação, processamento e transfer para situações adequadas de itens léxicos e na velocidade/precisão do processo (Danielsson, Henry, Ronnberg & Nilsson., 2010). Apesar dos/as autores/as apontarem as menores dificuldades no planeamento não-verbal, Lanfranchi, Jerman & Vianello (2009) acrescentam, no entanto, as limitações verbais e visuoespacial que se relacionam positiva e significativamente com a memória. Dias & Santos (2016) corroboram estes resultados a nível nacional. Houwen, Visser, van der Putten & Vlaskamp (2016) evidenciam o papel mediador do desenvolvimento cognitivo nos domínios motor e linguístico, relação que pode ser explicada por variações na maturação neurológica ou atipicidades neurológicas na população com DID (Houwen et al, 2016) e diretamente

relacionada com a idade (Jacobson, Mullick & Rohajn, 2007; Salvador-Carulla et al., 2011) e com o nível de severidade (Vuijk, Hartman, Scherder & Visscher, 2010).

Rodrigues, Santos, Rodrigues, Estevens & Sousa (2019) analisaram 18 adultos/as com DID, institucionalizados/as e estabeleceram o seu perfil executivo destacando a procrastinação e tendência para adiar eventos e as dificuldades na planificação e organização de acontecimentos e elementos, bem como as limitações na resolução de problemas e no controlo inibitório, eventualmente decorrentes de um processamento de informação mais lentificado e nem sempre adequado às circunstâncias. A menor produtividade é também apontada pelas autoras, apesar de se ter observado que os/as adultos/as com DID parecem deter uma perceção mais positiva destas competências do que os/as prestadores de cuidados. A intervenção psicomotora parece assumir um papel potenciador, minimizando alguns dos comportamentos disruptivos e indiciando a relevância de programas centrados nas pessoas (Rodrigues et al., 2019).

A relação entre o funcionamento cognitivo e motor é apontada por Smits-Engelsman & Hill (2012).

Desenvolvimento Psicomotor

Fonseca (2010) organizou o sistema psicomotor em sete fatores interdependentes: tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaciotemporal, praxia global e praxia fina, hierarquizados de acordo com a sua funcionalidade. Estes fatores psicomotores associam-se às três unidades funcionais propostas por Lúria da seguinte forma: a primeira unidade, responsável pela vigília e pelo tónus cortical, inclui os dois primeiros fatores; à segunda unidade, responsável pelo armazenamento e processamento da informação, corresponde a lateralização, a noção do corpo e a estruturação espaciotemporal; e as praxias (global e fina) integram a terceira unidade funcional de Lúria cuja finalidade se prende com a execução motora (Fonseca, 2010).

A aprendizagem de competências de funcionamento independente é influenciada por dificuldades cognitivas que restringem a execução motora caracterizada por menor precisão, menor velocidade e menor qualidade (Carmeli, Bar-Yossef, Ariav, Levy & Liebermann, 2008; Ribeiro & Santos, 2018; Westendorp, Houwen, Hartman & Visscher, 2011), com consequências ao nível de dispraxias e desmelodias cinéticas (Fonseca, 2010). A realização motora de duas tarefas motoras em simultâneo (Jankowicz-Szymanska, Mikolajzyk & Wojtanowski, 2012; Martin, Piek, Baynam, Levy & Hay, 2010)

fica ainda mais limitada decorrente das maiores dificuldades visuomotoras (Godde, Tsao, Gepner & Tardif, 2018).

As dificuldades tónicas influenciam o controlo postural (Antunes & Santos, 2015; Cleaver, Hunter & Ouellette-Kuntz, 2009; Vuijk et al., 2010) que, por sua vez, irá afetar o processo de maturação do equilíbrio (Blomqvist, Olsson, Wallin, Wester & Rehn, 2013; Carmeli et al., 2008; Lemay, Le & Richer, 2010) estático e dinâmico (Lahtinen, Rintala & Malin, 2007; Vjuik et al., 2010), seja em apoio unipodal (Enkelaar, Smulders, Lantman-de Valk, Weerdesteyn & Geurts, 2013), a pés juntos ou saltos (Ribeiro & Santos, 2018), com repercussões na qualidade da marcha e locomoção (Liu et al., 2014; Vjuik et al., 2010; Zikl, Holoubková, Karásková & Veseloková, 2013), bem como no âmbito da interação com o contexto (Vrijmoeth, Monbaliu, Lagast & Prinzie, 2011).

Do ponto de vista da maturação da lateralização, a literatura aponta para a tendência da indiferenciação manual e podal (Carlier et al., 2006; Carmeli et al., 2008; Gérard-Desplanches et al., 2006; Vjuik et al., 2010), com dificuldades em reconhecer direita/esquerda (Santos, 2014; Santos & Morato, 2012b). Nas provas que incluem apenas a mão dominante e nas tarefas de coordenação óculomanual, os indivíduos com DID apresentam menor velocidade de ação e precisão motora comparativamente com as tarefas de coordenação bimanual (Vuijk et al., 2010). Na organização psicomotora de Fonseca (2010), estas questões irão influenciar a noção corporal (Santos, 2010a; Silvia & Ofelia, 2013) e a cognição espacial e temporal (Godde et al., 2018; Morato, 1995). Para Emck, Plouvier & van der Lee-Snel (2012), os aspetos relativos à experiência corporal (consciência e aceitação corporal) parecem estar afetados nas crianças com DID e cerca de 41% das/dos participantes com DID do seu estudo evidenciaram problemas a este nível. Estas dificuldades parecem estar interligadas com os mecanismos de regulação emocional e as intervenções baseadas no movimento orientadas para a experiência corporal parecem atuar como medidas terapêuticas relevantes ao nível da regulação emocional (Emck et al., 2012).

As praxias, realçando-se os melhores resultados ao nível da praxia global quando comparada com a fina (Wuang, Wang, Huang & Su, 2008), enquanto fatores de complexificação crescente no sistema psicomotor humano, também parecem deter algumas limitações quer ao nível da manipulação dos objetos (Wilmot, Byrne & Barnett, 2013), da destreza manual e da preensão mais fina dos mesmos (Vjuik et al., 2010) com repercussões nas mais variadas atividades de vida diária (Schmidt, Nag, Hunn, Houge & Hoxmark, 2016). Hartman, Houwen, Scherder & Visscher (2010) analisaram as

habilidades motoras globais de um grupo de crianças com DID cujo nível de desempenho se situa abaixo da média, realçando o tempo de decisão como um mediador entre o desempenho motor e a função executiva.

As pessoas com DID manifestam dificuldades no planeamento mental da sequência motora e esta relação neurobiológica parece resultar da utilização das mesmas estruturas cerebrais (Hartman et al., 2010). Carmeli e colaboradores/as (2008) destacam ainda as dificuldades na integração da informação percetiva durante a ação motora que podem resultar em respostas motoras diárias inadequadas.

Socialização e Comunicação

No domínio socioemocional, os indivíduos com DID apresentam dificuldades no comportamento social e comunicação, uma vez que não conseguem estabelecer e manter relacionamentos, sendo a sua rede social reduzida e, na sua maioria, restrita a familiares, funcionários/as, técnicos/as e outros/as clientes, quando residem em serviços de apoio ou assistência (APA, 2013; Fisher, Griffin & Hodapp, 2011; Morisse, Vandemaele, Claes, Claes & Vandevelde, 2013). Fisher & colaboradores/as (2011) relembram que, apesar da socialização com mais conflitos e instáveis, as pessoas com DID demonstram, contudo, reciprocidade na relação com colegas.

As experiências (negativas) de discriminação e exclusão social (Santos, 2014; Santos & Franco, 2017) influenciam o desenvolvimento emocional e motivacional, bem como a formação da personalidade (Lippold & Burns, 2009; Morisse et al, 2013; Roy, Retzer & Sikabofori, 2015). Estas questões associadas às dificuldades no controlo pessoal resultam no empobrecimento da resiliência e maior suscetibilidade para desistir, interferindo com a autoimagem (Lippold & Burns, 2009; Morisse et al., 2013). As dificuldades na interpretação e aplicação das regras e pistas sociais, bem como a descodificação das expressões faciais e reconhecimento de emoções com consequências na responsividade social (Burack et al., 1998; Matson, Dempsey & LoVullo, 2009; Nieuwenhuijzen & Vriens, 2012) são alguns dos fatores que conduzem a um maior isolamento e tendência para a passividade.

Os comportamentos desajustados também são apontados como comuns neste subgrupo populacional, destacando-se os comportamentos agressivos para com os outros e para com propriedades/objetos, estereotípias, sexuais, autoabusivos (Matson, Cooper, Malone & Moskow, 2008; Santos & Morato, 2012b; Silva, Veríssimo, Carneiro, Félix & Santos, 2018) que tendem a aumentar com o nível de severidade (Matson et al., 2008). Apesar da sua interpretação menos positiva, Harris (2006) justifica alguns dos

comportamentos desajustados como forma de estimulação e satisfação pessoal. As alterações de humor repentinas e instabilidades são também apontadas (Santos, 2014; Santos & Morato, 2012b).

A literatura (e.g.: De Bilt Serra, Luteijn, Kraijer, Sytema & Minderaa, 2005; Van Nieuwenhuijzen, de Castro, Wijnroks, Vermeer, & Matthys, 2004) enumera alguns fatores sociais que condicionam a adaptação da população com DID aos contextos em que se inserem, nomeadamente a dificuldade para decodificar regras sociais; as limitações na seleção, compreensão e discernimento das pistas sociais; a capacidade reduzida na aprendizagem e interação com os pares típicos; a falta de estimulação e dificuldades no *transfer* das habilidades aprendidas para novas situações da vida diária (Van Nieuwenhuijzen et al., 2004). Os/as autores/as reportam ainda discrepâncias no que se refere ao processamento de informação social das crianças com DID leve ou com menor intensidade de apoio quando comparadas com os pares com desenvolvimento típico: as primeiras codificam mais pistas negativas e geram respostas mais variáveis e submissas.

Do ponto de vista da comunicação verbal e linguagem, os processos de aprendizagem e retenção de nova informação são menos eficazes, em indivíduos com DID quando comparados com os seus pares com desenvolvimento típico (Jarrold, Nadel & Vicari, 2007), observáveis nas limitações fonológicas e articulatórias (Jacobson et al., 2007; Pennington & Bennetto, 1998; Santos & Morato, 2012b; Sartawi, AlMuhairy & Abadat, 2011), discursos curtos e pouco percetivos, recorrendo a ecolálias e a outras formas repetitivas (Popovici & Belciu, 2013). A tendência para a utilização da comunicação pré-verbal, as limitações sintáticas e léxicas (Schuit, Segers, van Balkom & Verhoeven, 2011), vocabulário pobre e/ou frases simples (Iacono & Johnson, 2004; Santos & Morato, 2012b; Zikl et al., 2013), dificuldades na conjugação de verbos e no reconto (Fowler, 1998) bem como no acesso lexical, ortográfico e sonoro (Danielsson et al., 2012), entre outros, são outras das características apontadas na literatura.

As limitações na linguagem recetiva e expressiva parecem ser características das pessoas com DID (Santos & Morato, 2002; 2012b; Woolf, Woolf & Oakland, 2010). A conjugação destas características irá influenciar a (menor) qualidade de relação com o contexto (Jankowicz-Szymanska et al, 2012). A comunicação não-verbal inclui um conjunto de expressões faciais, toque, gestos, distância interpessoal e postura. Regnard & colaboradores/as (2007) estudaram o modo como a população com DID com necessidades de apoios extensivos ao nível da comunicação transmitiam sentimentos de angústia e os resultados identificaram um vasto “vocabulário” não-verbal. Esta

inteligência não-verbal parece um fator preditor importante no desenvolvimento da linguagem de crianças com DID (Schuit et al, 2011). Os/as autores/as reforçam que as intervenções devem incluir preditores cognitivos como o desenvolvimento do conceito e a memória de trabalho para além do foco nos aspetos linguísticos.

Prático-Adaptativas

Desde a formalização do critério adaptativo para o diagnóstico de DID, tem-se assistido a um aumento da investigação neste âmbito, quer a nível internacional (e.g.: Sartawi et al., 2010; Tassé et al., 2012; Woolf et al., 2010), como nacional (Antunes & Santos, 2015; Chagas & Santos, 2018; Júnior, Afonso & Santos, 2017; Leitão & Santos, 2017; Santos, 2014; Santos & Morato, 2012b; Santos et al., 2014). Tal como reportado, as limitações adaptativas tendem a aumentar com a idade (Grossman, 1983; Makary et al., 2015; Santos & Morato, 2012c), com o meio onde vivem (Lerman, Apgar & Jordan, 2005; Santos e Morato, 2012d), com o nível de severidade (Nihira, 1999; Santos, 2014; Santos & Morato, 2012b), entre outros.

De uma forma geral, o perfil adaptativo das pessoas com DID, nos diferentes escalões etários (Santos & Morato, 2012c) parece ser inferior ao dos seus pares típicos, possivelmente influenciados pelo compromisso cognitivo, por fatores contextuais como a institucionalização (Bjornsdóttir, Stefánsdóttir e Stefánsdóttir, 2015; Santos, 2014), pela falta de oportunidades para desenvolver competências prático-adaptativas na vida diária, pela superproteção de familiares e desvalorização das suas capacidades pela comunidade em geral, condicionando a autonomia e a capacidade de tomada de decisões da população com DID (Santos, 2014).

Parece haver uma tendência para a necessidade de apoios nas atividades de vida diária ao nível do funcionamento independente, incluindo as questões relacionadas com a alimentação, higiene, vestuário, segurança e mobilidade na comunidade (APA, 2013; Santos, 2014; Santos & Morato, 2012b; Woolf et al., 2010). As dificuldades expressas nos domínios adaptativos de conteúdos mais académicos (como a atividade económica, números e tempo, e desenvolvimento da linguagem) parecem estar mais afetados nas pessoas com DID, apesar de a APA (2013) referenciar que as pessoas com o nível mais ligeiro de DID podem deter um perfil idêntico ao dos seus pares típicos, ao nível recreativo, reunindo competências para o emprego. A autodeterminação e a tomada de decisão é outra das áreas que necessita de ser revista ao nível da intervenção, dadas as poucas oportunidades que as pessoas com DID têm, assumindo os/as prestadores/as de

cuidados a responsabilidade pessoal e social destas pessoas (Santos, 2010a; Santos, 2014; Santos & Morato, 2012b).

As atividades doméstica e pré-profissional também parecem ser desvalorizadas, dado serem cumpridas por terceiros, o que associado à menor exigência e expectativas de produtividade e desempenho condiciona quer a sua estimulação, quer o seu cumprimento (Santos, 2010a; Santos, 2014; Santos & Morato, 2012b). Os/as autores/as acrescentam ainda que todas as questões relacionadas com iniciativa, liderança e persistência se encontram afetadas, situando-se em valores inferiores quando comparados com os seus pares típicos, situação também observável ao nível da responsabilidade pessoal e social, que tradicionalmente é assumida pelos prestadores de cuidados, sendo como que uma área pouco considerada na intervenção.

Belva & Matson (2013) deixam a recordatória que apesar das dificuldades, as pessoas com DID (mesmo com a classificação de profundo) podem e conseguem aprender a gerir o seu quotidiano – ao nível das atividades de vida diária (banho, alimentação, ...), o que vem ao encontro da perspetiva de Thompson e colaboradores/as (2009) que realçam que a limitação ao nível destas competências (e outras) resulta mais do desalinhamento entre a necessidade de apoios e os apoios realmente providenciados. A nível nacional, alguns estudos também reportam a melhoria progressiva das competências adaptativas com a adequação dos apoios apesar da necessidade de tempo para estas aquisições (Antunes & Santos, 2015; Freitas & Santos, 2018; Júnior et al., 2017).

Apesar de, no momento atual, os desajustamentos ao nível do comportamento ou comportamentos desafiantes serem concetualizados como diferentes do constructo de comportamento adaptativo e, na sequência dos resultados nacionais (Santos, 2010a; Santos, 2014; Santos & Morato, 2012b), constata-se a necessidade de intervenções focadas para a regulação comportamental das pessoas com DID que, em consequência da interação de todas as características dos domínios abordados até aqui, denotam dificuldades na resposta cognitiva, social e prática às exigências sociais diárias. Desta forma, poderão explicar-se os comportamentos auto-abusivos (Silva et al., 2018), estereotipados e agressivos (Santos, 2014; Santos & Morato, 2016). No entanto, e na comparação da população infantil e adolescente com e sem DID (Santos, 2014; Santos & Morato, 2016), constata-se a aquisição de melhores resultados a nível da conformidade (e.g.: espera pela sua vez na hora do almoço, respeita regras) e merecedor de confiança (e.g.: não mente, não rouba) por parte dos/as participantes com DID decorrente da

normalização das regras institucionais, o que vem reforçar a capacidade de aprendizagem destas pessoas.

Características Positivas

Na última década, tem-se verificado mudanças na conceptualização da DID com foco na identificação e capitalização das suas forças e capacidades como forma de promover a participação, inclusão na comunidade e qualidade de vida deste grupo populacional, e que se fazem acompanhar pela crescente quantidade e qualidade de artigos publicados que estudam valores/etnia, autoeficácia, autoestima, estratégias de *coping*, empatia, ajustamento e conquistas (Shogren, Wehmeyer, Buchanan & Lopez, 2006). Paralelamente, no campo da psicologia positiva, defende-se uma mudança de foco de défices e limitações para forças, capacidades e qualidades das pessoas com DID (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Na sua revisão da literatura na área, Santos (2019) refere as maiores competências ao nível das relações interpessoais e na participação em atividades de recreação (Carter, Brock & Trainor, 2012), a satisfação com a vida e o sentido de humor, a consideração pelos sentimentos dos outros, entre outros (Shogren et al., 2006). Carter e colaboradores/as (2015) acrescentam o facto de serem felizes, gentis, leais e com expectativas positivas. Santos (2019) refere que é uma área a apostar ao nível nacional.

Comorbilidades

As principais **comorbilidades** com a DID incluem as deficiências sensoriais – visuais (com dificuldades de acuidade visual e não discriminação das cores) e auditivas (Kiani & Miller, 2010; Jacobson et al., 2007), crises convulsivas, perturbações da linguagem e paralisia cerebral (entre 30 e 60% dos casos – Jacobson et al., 2007). Por outro lado, Santos & Morato (2012b) constataram a tendência para questões de foro psiquiátrico, com alguns/algumas participantes com DID a terem alucinações, com descontrolo emocional, com comorbilidades psiquiátricas, tentativas de suicídio, entre outros.

Esta realidade tem vindo a ser expressa e cada vez mais estudada no âmbito do diagnóstico dual, onde as novas evidências parecem apontar para que o diagnóstico de DID atue como “diagnóstico-sombra” de outras eventuais perturbações no âmbito da saúde mental, em consequência das limitações na linguagem e na expressão de sentimentos, que atua como principal barreira na sua identificação (Fletcher, Loschen, Stavrakaki & First, 2007). A baixa autoestima e autoconceito (Fonseca et al., 2018),

resultante da diferença percebida com os seus pares (Popovici & Belciu, 2013), de opiniões desfasadas das suas próprias características e de planos não realísticos (Santos, 2014; Santos & Morato, 2012b) são também apontadas na literatura. Como comorbidades psiquiátricas mais prevalentes destacam-se a ansiedade, epilepsia, alterações do humor, esquizofrenia, perturbações psicóticas (Harris, 2006). Associado a este tema, aparece ainda a farmacologia.

No campo da farmacologia, a literatura (e.g.: Jackson, Makin, Marson & Kerr, 2015) destaca a eficácia dos fármacos antiepiléticos na população típica e com DID, na medida em que desencadeiam uma redução moderada ou completa na frequência das crises epiléticas. Por outro lado, e apesar da falta de variáveis de confiança neste âmbito, os/as autores/as apontam um impacto positivo, ainda que reduzido, desta farmacologia ao nível do comportamento. Adicionalmente, a toma de fármacos antiepiléticos pode ainda desencadear efeitos secundários variáveis em função das faixas etárias (Kerr et al., 2009a; McQuire, Hassiotis, Harrison & Pilling, 2015; Molina-Ruiz, Martín-Carballeda, Asensio-Moreno & Montañéz-Rada, 2017; Roy, Hoffman, Dudas & Mendelowitz, 2013), ainda que se destaquem mais efeitos positivos no controlo das crises epiléticas (e.g. Kwan & Brodie, 2001; Loring, Marino & Meador, 2007).

A literatura (e.g.: Park & Kwon, 2008) aponta o impacto negativo da toma de fármacos antiepiléticos no comprometimento cognitivo em crianças (sujeitas a toma de fármacos com fenobarbital – Park & Kwon, 2008) e adultos (Lee, Jung, Suh, Kwon & Park, 2006), bem como na constrição do campo visual (Dodrill, Arnett, Sommerville & Sussman, 1993). A farmacologia antiepilética pode ainda estar associada a efeitos comportamentais que podem variar de irritabilidade e hiperatividade a efeitos psicotrópicos positivos no humor (Loring et al., 2007). Com efeito, Kwan & Brodie (2001) destacam a importância da avaliação individual dos efeitos neurológicos resultantes da toma de fármacos antiepiléticos no contexto, ao mesmo tempo que apontam os contributos da variabilidade farmacogenética, através de genes envolvidos nos efeitos farmacológicos (e.g.: farmacodinâmicos e farmacocinéticos) dos antiepiléticos, na tolerância e eficácia do tratamento deste quadro clínico (Kwan & Brodie, 2001).

A utilização de anti-psicóticos também parece ser uma constante com pessoas com DID (Matson & Mahan, 2010) e apesar das poucas evidências dos seus efeitos e das dificuldades da sua prescrição a pessoas com DID (Osugo & Cooper, 2014) parece haver uma tendência de aumento para o consumo de medicação psicotrópica (Matson & Mahan, 2010) ou mesmo para a intervenção polifarmacológica (Häbler, Thomr & Reis,

2014), com consequências (Wink, Erickson & McDougale, 2010) como perturbações do sono, sintomas psicológicos e fadiga.

Na sua revisão sistemática sobre os efeitos dos anti-psicóticos no comportamento de adultos com DID, Ferraz, Pedro, Montes & Santos (2018) constata a escassez dos artigos com foco em adultos/as com DID e comportamentos desafiantes e cujos tópicos envolviam a prescrição de psicotróficos, com uma eficácia nem sempre possível de ser observada ou avaliada, as consequências da medicação e a intervenção farmacológica destacando-se as dificuldades na prescrição (fármaco e respetiva dosagem). Esta é uma das questões que deve ser aprofundada no sentido de se identificar os eventuais efeitos colaterais resultantes da toma crónica dos mesmos ao longo da vida e que influenciarão o processo de envelhecimento (precoce). A maioria dos/as clientes toma medicação diariamente e em grandes quantidades doseadas em função dos períodos do dia geralmente acompanhada pelas refeições (pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar). Por outro lado, estes/as clientes dispõem ainda de medicação adicional reservada para situações de emergência (e.g.: desregulação emocional e/ou de comportamento, crises convulsivas, entre outros).

A epilepsia é comum em adultos com DID, assumindo-se como uma comorbidade frequente e grave neste grupo clínico (Kerr, Turkey & Huber, 2009b), estimando-se uma percentagem de 22.2% ou quatro vezes mais do que a população em geral (APA, 2013; Harris, 2010), com maiores taxas de incidência na população com DID com elevada intensidade de apoios (Robertson, Hatton, Emerson & Baines, 2015). A epilepsia em adultos com DID tem um prognóstico mais acentuado do que na população geral, apresentando menores taxas de liberdade de convulsão (i.e., períodos de tempo reduzidos entre cada crise convulsiva – Sillanpaa, 2004), e taxas mais altas de uso de substâncias antiepiléticas (Ring et al., 2009). Este grupo clínico também apresenta taxas de morbilidade (McGrother et al., 2006) e mortalidade mais elevadas, incluindo morte súbita inexplicada na epilepsia (Hitiris, Mohanraj, Norrie & Brodi, 2007). A elevada prevalência de epilepsia foi observada na maioria das/dos clientes da instituição e com quem se interveio e em particular com o estudo de caso (o J.), pelo que importa caracterizar esta perturbação crónica.

Epilepsia

Definição

A epilepsia é definida pela Comissão da Liga Internacional contra a Epilepsia (ILAE – Berg, et al., 2010) como uma ocorrência transitória de sinais e/ou sintomas devido ao excesso de atividade neuronal anormal ou sincronia da mesma no cérebro com um aporte de consequências neurobiológicas, cognitivas, psicológicas e sociais. A atipicidade na (excessiva) excitabilidade neuronal e sincronização (anormal) conduz a descargas neuronais que resultam numa convulsão epilética que, quando recorrentes, recebem o nome de epilepsia (Smith & Buelow, 1996).

A epilepsia pode ser definida como um conjunto de sintomas com origem neurológica, com etiologia variada, que se manifestam através de crises convulsivas recorrentes, incidindo em qualquer faixa etária (Duncan, Sander, Sisodiya & Walker, 2006). A definição de epilepsia reforça a ocorrência de, pelo menos, uma convulsão epilética (Fisher et al., 2005) e é diagnosticada quando ocorrem duas ou mais crises de início repentino num período de 12 meses (Ferro & Pimentel, 2013). A convulsão ocorre quando se perde a consciência e o controlo motor (Smith & Buelow, 1996). Nem todas as crises refletem perturbações neurológicas crónicas, podendo ser o resultado da reação normal do cérebro a um agente psicológico stressor (e.g.: privação de sono, febre, traumatismo craniano, uso de drogas convulsivas, abstinência de álcool e substâncias sedativas – Engel, 2006a,b, 2013), designando-se por crises ocasionais, não sendo suficiente para estabelecer o diagnóstico de epilepsia (Ferro & Pimentel, 2013).

Etiologia e prevalência

No que diz respeito à etiologia, o tipo de crise epilética depende da sua origem, da idade do indivíduo (Martin, 2011) e da localização neuronal (Duncan et al., 2006), não sendo ainda completamente compreendido este processo. Berg e colaboradores/as (2010) distinguem três tipos subjacentes de causas: **genéticas** que presumem um defeito genético na origem da epilepsia, sendo as convulsões os sintomas centrais desta perturbação, apesar de não excluïrem o possível envolvimento de fatores ambientais na expressão da patologia, embora atualmente não exista conhecimento científico que corrobore as influências ambientais nestas formas de epilepsia; **estruturais/metabólicas** (e.g.: acidente vascular cerebral, trauma, infeção e malformações do desenvolvimento cortical) que parecem aumentar o risco de desenvolvimento de epilepsia, mas que se assumem como uma perturbação interposta

entre a atipicidade genética e a epilepsia; e, por fim, **neutras** e com uma natureza ainda desconhecida (Berg et al., 2010).

As crises epiléticas podem ser causadas por complicações nos períodos pré e perinatal, nomeadamente, anoxia ou isquemia, traumatismo intracraniano, perturbações metabólicas (e.g.: hipoglicemia), malformações congénitas e infeções (e.g.: meningite e encefalite) (Martin, 2011). Haber, Xing & Walker (2016) associaram a infeção materna a um risco aumentado de perturbação do espectro do autismo (PEA – 8%), DID (33%) e epilepsia (43%), com associações fortes entre subcategorias de infeção e a DID e epilepsia, com etiologia bacteriana (aumentada em 43% e 57%, respetivamente), respiratória (29% e 38%, respetivamente) e genital e urinária (39% e 48%, respetivamente). O risco é variável em função do momento de infeção na gravidez, sendo que infeções no segundo trimestre conferem um aumento de 24% no risco de PEA, e um risco duas vezes maior de DID e epilepsia. Também os fatores genéticos e ambientais (e.g.: exposição a substâncias tóxicas – intoxicação por chumbo) podem estar na origem desta perturbação crónica. Na maior parte dos diagnósticos, a causa específica da epilepsia é desconhecida (Martin, 2011).

Apesar do decréscimo nas idades mais baixas, apresenta uma prevalência de 5 a 10% (Hart, 2012) variando com o tipo de convulsão, pelo que em crianças é mais frequente a convulsão generalizada (mioclónica e tónico-clónicas), e nas/nos idosas/os as convulsões parciais (Smith & Buelow, 1996). Estima-se que cerca de 1% da população é diagnosticada com epilepsia, com tendência a diminuir em função da idade. Considera-se que cerca de um terço dos casos são controlados através de intervenção medicamentosa (Gritti, Paulino, Castiglioni & Bianchin, 2015).

Caracterização e classificação

A epilepsia manifesta-se através de crises recorrentes que podem originar quedas, convulsões incontroláveis, produção de espuma na boca, enurese e encoprese (Rosalvo, 2011). A crise epilética (ou convulsão) consiste numa disfunção fisiológica temporária do cérebro devido a uma descarga anormal, repentina, excessiva e transitória de neurónios corticais numa área cerebral específica (Guilhoto, 2011). Durante uma crise ocorre um aumento repentino e acentuado da atividade elétrica cerebral e, conseqüentemente, uma troca contínua e desorganizada de informação, sofrendo uma reestruturação quando a crise cessa. Quando se desencadeia uma descarga neuronal que se repete durante vários segundos, inicia-se uma crise focal; quando, por outro lado, a onda de informação

elétrica se propaga durante vários segundos a minutos, ocorre uma crise parcial complexa ou generalizada (Braunwald et al., 1994).

Existe um universo de possíveis manifestações das crises epiléticas e, portanto, torna-se difícil detalhar um conjunto de fenômenos subjetivos e objetivos durante a crise. A apresentação da convulsão depende da localização do início no cérebro, dos padrões de propagação, da maturidade do cérebro, dos processos confusos da doença, do ciclo vigília-sono, dos medicamentos e de vários outros fatores (Fisher et al., 2005). As convulsões podem afetar a função sensorial, motora, consciência, estado emocional, memória, conhecimento ou comportamento. Neste contexto, as manifestações sensoriais incluem sensações somatossensoriais, auditivas, visuais, olfativas, gustativas e vestibulares, e também sensações internas mais complexas, consistindo em distorções perceptuais complexas. Em definições anteriores, essas sensações internas complexas eram referidas como manifestações “psíquicas” de convulsões (Fisher et al., 2005).

Considerando a localização da região cerebral afetada, distinguem-se convulsões de início parcial ou focal e convulsões generalizadas (Berg et al., 2010; Engel, 2006a,b; Guilhoto, 2011; Zuberi & Symonds, 2016): as primeiras originam-se dentro de redes neuronais limitadas a um hemisfério cerebral com ativação de uma dada área do córtex cerebral sem alteração da consciência (Panayotopolus, 2011), enquanto as segundas ocorrem em redes neuronais, distribuídas pelos dois hemisférios, que comunicam entre si. Do ponto de vista da etiologia, as convulsões generalizadas podem assumir as formas não-motoras (ausências), mioclônicas, clônicas, tônicas, tônico-clônicas (Berg et al., 2010; Engel, 2001, 2006; Fisher et al., 2017; Panayiotopoulos, 2011).

Os tipos de crise generalizada não motora manifestam-se sobre a forma de ausências assumindo vários tipos: típica, atípica, mioclônica e mioclonia palpebral e as ausências apresentam um início e um fim repentino e, geralmente, não se associam a alterações tônicas (Berg et al., 2010; Fisher et al., 2017). As crises mioclônicas podem ocorrer de forma isolada ou acompanhadas por atividade tônica ou atônica, i.e., com ou sem hipertonia dos membros, respectivamente. A mioclonia apresenta uma natureza mais breve e menos regular e repetitiva que a clonia, podendo estar associada a etiologias epiléticas e não-epiléticas (Fisher et al., 2017). As crises clônicas generalizadas iniciam-se e terminam com impulsos rítmicos sustentados dos membros bilateralmente (e.g. cabeça, pescoço, rosto e tronco) (Fisher et al., 2017). Apesar de pouco comum, este tipo de convulsão ocorre majoritariamente em crianças e, no contexto clínico, pode ser confundido com nervosismo e tremores (Luat, Kamat & Sivaswamy, 2015). Por outro

lado, as crises tónicas manifestam-se através de hipertonia muscular bilateral ou elevação dos membros, sem movimentos clónicos. A atividade tónica pressupõe contrações (e.g.: flexão-extensão) dos músculos agonistas e antagonistas desencadeando movimentos atetóides ou de torção do corpo e posturas atípicas, quando prolongados no tempo (Fisher et al., 2017).

A crise tónico-clónica é caracterizada por movimentos mioclónicos que precedem movimentos tónicos que resultam em enrijecimento muscular/hipertonia, e clónicos relacionados com as descargas dos impulsos rítmicos e sustentados, que tipicamente sofrem uma diminuição da sua frequência ao longo da crise. Este tipo de crise implica a perda de consciência antes ou durante os momentos de hipertonia e brusquidão dos movimentos (Fisher et al., 2017).

Ainda no âmbito etiológico destaca-se a classificação das convulsões pelo tipo de causas dividindo-a em genética, estrutural/metabólica e desconhecida (Baxendale & Thompson, 2016). No campo das neurociências, destaca-se o papel do gene *Shrn4* na sinaptogénese e na inibição mediada pelo GABA_B (recetor presente no sistema nervoso central e no sistema nervoso periférico) que, quando perturbado, pode ser responsável por perturbações cognitivas e pela epilepsia (Zapata et al., 2017), apesar do ainda desconhecimento genético sobre quais os genes específicos responsáveis pela diversidade de manifestações e do papel do envolvimento (Winawer, 2006).

O tratamento da epilepsia passa por fármacos antiepiléticos ou intervenções cirúrgicas, consoante as características individuais, o conhecimento do tipo de crise e a área de prescrição apesar de, mais uma vez, haver necessidade de uma atenção particular aos efeitos da toma crónica de fármacos (Gritti et al., 2015).

Correlação com os casos

A abordagem teórica permitiu contextualizar os comportamentos e as características mais comuns e inerentes ao diagnóstico de DID, facilitando a identificação dos mesmos nas/nos clientes acompanhadas/os no centro pela estagiária, e mais especificamente com o J..

No período perinatal, e de acordo com Haber et al., (2016), uma infeção materna aumenta o risco de DID e epilepsia na ordem dos 33 e 43%, respetivamente. Desta forma, levanta-se a possibilidade de a sífilis materna ter contribuído para o quadro de epilepsia e perturbações no desenvolvimento de J. (estudo de caso), que coincidem com as características presentes enumeradas no diagnóstico de DID.

Rosalvo (2011) aponta um conjunto de sintomas (e.g.: quedas, convulsões incontroláveis, produção de espuma da boca, enurese e encoprese) inerentes à epilepsia, mas nem todos se verificam no estudo de caso: no caso de J., as manifestações assumem, sobretudo, a forma de ausências (Panayiotopoulos, 2011) originando quedas frequentes (Rosalvo, 2011) com impacto na autonomia nas AVD do indivíduo (e.g.: supervisão no balneário, nas rotinas matinais de banho e arranjo pessoal) bem como no funcionamento do indivíduo em função de diferentes contextos (e.g.: sala, refeitório, sessões de meio aquático e de atividade motora, entre outras).

Apesar do aumento da intensidade e frequência dos sintomas (e.g.: ausências e quedas), com consequente perda de autonomia nos transportes e em outras AVD que, associado a fatores familiares, motivou a transição do J. para o CTVA e Lar Residencial, importa destacar os efeitos da intervenção medicamentosa (Gritti et al, 2015) na diminuição de manifestações originadas pelo quadro de epilepsia.

Tendo em conta o domínio cognitivo, os/as clientes acompanhados/as pela estagiária apresentam dificuldades ao nível da memória de trabalho, atenção e manutenção do foco na tarefa (Borella et al., 2010; Kirk et al., 2015), o que condiciona o seu desempenho nas tarefas de carácter cognitivo, mas também motor. Por outro lado, a dificuldade no processamento da informação (Blasi et al., 2007) parece dificultar a compreensão da instrução dada e da atividade proposta.

A menor tolerância à frustração e a falta de iniciativa e perseverança (Burack et al., 1998; Santos & Morato, 2012; Schalock et al., 2012) são características observáveis nos/as clientes acompanhados/as pela estagiária, principalmente em atividades mais complexas para o grupo, quer do ponto de vista motor quer do ponto de vista cognitivo, o que desencadeou a necessidade de reforço verbal (corretivo e motivacional) constante acompanhado de contrato de consequências (e.g.: posteriormente realizar uma atividade proposta por um/uma cliente ou atividade de preferência do grupo). De um modo geral, é necessário adotar estratégias como repetição da instrução e mais tempo para realizar a tarefa (Javan et al., 2014) de uma forma mais intensa nos grupos com clientes menos autónomos/os e com maior necessidade de apoio.

No domínio da linguagem expressiva oral e escrita, grande parte dos/as clientes do CTVA apresentam dificuldades ao nível da escrita e leitura que se manifestam através de: uma produção escrita pobre de palavras/frases/textos simples, leitura de palavras isoladas/frases/textos simples, e ainda assinatura do próprio nome; os/as clientes menos autónomos não sabem ler ou reconhecem poucas palavras escritas, não

sabem assinar o seu nome ou escrever frases sintaticamente corretas (sujeito, verbo, predicado) e, nestes casos, a produção escrita tende a basear-se na imitação do que propriamente na identificação das letras. Este analfabetismo (em casos com maior necessidade de apoio) ou as dificuldades na produção escrita e oral (nos casos com necessidades de apoio intermédio) parecem prender-se com limitações sintáticas e léxicas (Schuit et al., 2011), vocabulário pobre e/ou frases simples (Iacono & Johnson, 2004; Santos & Morato, 2012b; Zikl et al., 2013), dificuldades na conjugação de verbos, no reconto (Fowler, 1998) e no acesso lexical, ortográfico e sonoro (Danielsson et al., 2012).

Estas dificuldades são apontadas na literatura como características deste grupo populacional, no entanto, verifica-se em alguns casos, dependente do nível de apoio, uma intenção para a produção escrita e a associação de símbolos escritos (em forma de garatuja) a palavras. Destaca-se ainda o baixo nível de escolaridade destes/as clientes e, nos casos de DID “intermédia” e “profunda”, inexistente. Ainda assim, os/as clientes mais autónomos conseguem redigir frases e organizar pequenos textos compreensíveis e legíveis e apresentam um vocabulário verbal adequado. No domínio da comunicação não-verbal, os clientes com necessidade de apoio extensivo/permanente apresentam um vasto vocabulário não verbal, através de expressões faciais, intencionalidade e qualidade do toque, gestos, vocalizações simples e distância interpessoal, tal como a literatura sugere (Regnard et al., 2007).

Do ponto de vista psicomotor, e apesar de a literatura apontar para uma tendência de indiferenciação manual e podal (Carlier et al., 2006; Carmeli et al., 2008; Gérard-Desplanches et al., 2006; Vjuik et al., 2010), este aspeto não se verifica de uma forma linear nos grupos de intervenção da estagiária, apesar de dificuldades no reconhecimento de direita-esquerda (Santos, 2014; Santos & Morato, 2012b), o que compromete a organização no espaço (e.g.: dentro/fora, frente/trás, longe/perto), constatando-se também alguma desorientação temporal, mais acentuadas em grupos de clientes com maior necessidade de apoio (Sgaramella et al., 2012). Os/as clientes com menor autonomia tendem a apresentar dificuldades no reconhecimento e consciência dos próprios segmentos corporais (Emck et al., 2012), com maior expressão ao nível das autonomias de higiene (e.g.: banho) e arranjo pessoal no balneário sendo, por vezes, necessário tocar numa parte do corpo (e.g.: normalmente braços, pernas e rosto) para o cliente a lavar.

A realização motora de duas tarefas motoras em simultâneo (Jankowicz-Szymanska et al., 2012; Martin et al., 2010) é um aspeto que levanta algumas dificuldades ao nível da coordenação motora tanto em contexto de ginásio (e.g.: marcha e rotação dos braços em simultâneo) como no meio aquático (e.g.: rotação dos braços e batimento alternado de pernas), resultando na realização de um movimento, anulando o outro. Em alguns clientes, a qualidade da resposta motora parece estar afetada pelo processamento executivo da informação (APA, 2013).

A literatura aponta dificuldades no comportamento social e na comunicação por não conseguir estabelecer ou manter relacionamentos (APA, 2013; Fisher et al., 2011; Morisse et al. 2013), no entanto, importa referir que estas dificuldades não se manifestam em todos os clientes da mesma forma que não se expressam da mesma forma, e reforçar a reciprocidade na relação com os colegas (Fisher et al., 2011).

Do ponto de vista adaptativo, o perfil de funcionamento dos clientes parece de facto ser inferior ao dos pares típicos (Santos & Morato, 2012c), destacando-se a (falta de) oportunidade para desenvolver competências prático-adaptativas na vida diária e a superproteção das famílias (Santos, 2014) como dois fatores de peso que podem condicionar o comportamento adaptativo dos clientes do centro. Por outro lado, e mais uma vez, a heterogeneidade da população atendida no CTVAA faz com que estas disparidade não sejam tão acentuadas, destacando os clientes que integram a formação profissional e que usufruem das atividades socialmente úteis e cujo principal requisito é precisamente a autonomia nos transportes.

No entanto, há ainda a referir as inúmeras características positivas apresentadas pelos clientes. Desta forma, há a destacar o querer participar nas atividades propostas, demonstrando motivação em realizar as atividades, e o estabelecimento de uma relação empática com os técnicos. É ainda importante referir, o facto de os clientes serem persistentes na realização das tarefas, aceitando os apoios do/a técnico/a, procurando-o/a como figura de referência e facilitando o estabelecimento das relações. Há ainda a salientar a boa disposição dos/as clientes nas sessões/atividades, criando um ambiente facilitador de novas experiências. O sentido de humor (Shogren et al., 2006) e a afetividade foram outras das características observadas na maioria das/dos clientes, bem como a valorização da amizade, dos amigos e do companheirismo como importantes fontes de suporte (McVilly, Stancliffe, Parmenter & Burton-Smith, 2006). Por outro lado, a generalização das dificuldades apenas baseada no diagnóstico parece não ser real, no

sentido que alguns/algumas dos/das clientes conseguem desempenhar com qualidade as atividades propostas.

Após o enquadramento teórico da DID e epilepsia enquanto comorbilidade do estudo de caso, descrito posteriormente de uma forma mais pormenorizada, importa contextualizar a intervenção psicomotora enquanto sistema de apoios em adultos com DID.

Intervenção Psicomotora

O (ainda recente) conceito de Psicomotricidade tem vindo a sofrer uma evolução ganhando uma expressão e influências progressivas (Valente, Santos & Morato, 2012). Resultando da interação triárquica corpo-mente-tempo (Bucher, 1970), é entendida como um campo transdisciplinar que estuda as relações e as influências recíprocas e sistémicas entre o psiquismo (incluindo os processos cognitivos, componentes sociais e relacionais) e a motricidade (enquanto conjunto de mecanismos tónico-emocionais, posturais, práxicos e somatognósticos – Fonseca, 2010), percecionando a pessoa através do seu corpo em movimento, numa linha de pensamento em que as funções cognitivas, motoras, simbólicas, psicolinguísticas e socioemocionais se influenciam reciprocamente e evoluem constantemente, promovendo a capacidade de ser e agir num contexto psicossocial (Fonseca, 2001; 2010).

Partindo da sensação, percepção, pensamento até à realização da ação motora (Fonseca, 2010), a psicomotricidade compreende uma mediatização corporal e expressiva que compensa uma variedade de condutas inadaptadas do desenvolvimento sensorial, percetivo, motor, de aprendizagem, entre outros, possibilitando a adaptação do sujeito (com ou sem necessidades de apoio) como meio para atingir a máxima satisfação e qualidade de vida (Fonseca, 2001; Fonseca, 2010).

Vasconcelos (2003) ainda define psicomotricidade enquanto uma ciência organizada em diferentes áreas de conhecimento interligadas com o propósito de desenvolver competências expressivas e cognitivas dos indivíduos através do movimento. A intervenção psicomotora, a partir da mediação corporal, promotora do prazer sensoriomotor, do movimento e da regulação tónico-emocional, parece atuar como facilitador dos processos simbólicos através do envolvimento lúdico e relacional (Fonseca & Martins, 2001). Os mesmos autores reconhecem o valor do corpo em movimento em função dos diferentes contextos e, portanto, reforçam a prática psicomotora como

unificadora do corpo e da atividade mental, do real e do imaginário, do espaço e do tempo, melhorando o potencial adaptativo do indivíduo (Fonseca & Martins, 2001).

A intervenção psicomotora centra-se, então, no indivíduo como um todo (Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010) e nas relações (integrativas, emocionais, simbólicas e/ou cognitivas) que se estabelecem entre o corpo e o contexto/envolvimento (Martins, 2001). Este recurso terapêutico desenvolve áreas como a comunicação, ação, pensamento operatório e harmonização e maximização do potencial, cognitivo e afetivo-relacional, através de um conjunto de técnicas, de consciencialização corporal, expressivas, de relaxação, de educação gestual e postural, reeducação da atitude, equilíbrio e controlo tónico (Martins, 2001; Valente et al., 2012).

A literatura (e.g.: Martins, 2001) descreve a intervenção psicomotora de incidência relacional e de incidência instrumental. A primeira tem por base a mediação psicoafetiva e emocional (Martins, 2001) através do movimento e da regulação tónica como forma de contruir e organizar processos simbólicos. Esta abordagem mais relacional permite ao indivíduo lidar com conflitos relacionais, atuando de forma preventiva e terapêutica ao nível do desenvolvimento psicomotor, socioemocional e cognitivo (Vieira, 2009). A psicomotricidade de incidência instrumental incide na exploração sensoriomotora como forma de explorar aspetos perceptivos, simbólicos e conceituais, considerando o papel do envolvimento e de fatores espaciais, temporais e materiais. Esta vertente privilegia a resolução de problemas, objetivando o aumento da autoestima e autoconfiança (Martins, 2001).

Outra perspetiva mais recente tem sido a adotada por Probst e colaboradores/as (2010) que referem a intervenção psicomotora mais orientada para a ação – onde o foco é a intervenção para o desenvolvimento de competência, ou para a experiência onde através de atividades motoras se procura a vivência de emoções e pensamentos que devem ser refletidos pela própria pessoa. A intervenção da estagiária pautou-se pela conjugação de todas estas perspetivas tendo em consideração as características e necessidades de cada caso, tendo sempre como objetivo final a melhor funcionalidade e qualidade de vida, em atividades psicomotoras e que se estruturam na relação sólida e de confiança.

As indicações e aplicações educacionais e terapêuticas da intervenção psicomotora englobam uma diversidade de populações e necessidades, entre as quais as populações com o diagnóstico de DID, pretendendo e atuando no sentido de atingir o equilíbrio e o ajustamento da totalidade psicossomática do ser humano (Fonseca, 2001),

assumindo um papel de (sistema de) apoio (Valente et al., 2012). Para estes autores, a terapia psicomotora em indivíduos com DID objetiva potenciar a pessoa, promovendo o desenvolvimento psicomotor e o funcionamento independente e autónomo, através da interação com o meio envolvente. Na intervenção psicomotora, o movimento é utilizado como recurso terapêutico e centra-se na participação ativa do indivíduo num conjunto de tarefas cujo enfoque reside na visão holística da pessoa (Probst et al., 2010).

A intervenção psicomotora tem lugar em vários contextos (hospitalar, escolar, institucional e familiar), e pode assumir uma abordagem preventiva ou educativa (estimular o desenvolvimento, potencializar a aprendizagem e melhorar a autonomia), e/ou reeducativa (quando já existe um comprometimento do desenvolvimento e aprendizagem) e a terapêutica (necessidade de superar problemas psicoafectivos que dificultam a adaptabilidade do indivíduo), sendo a última a vertente mais desenvolvida neste estágio (Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP], 2011; Probst et al., 2010).

Neste âmbito há que apontar a existência de evidências tendencialmente positivas para o contributo que a intervenção psicomotora pode deter ao nível do comportamento adaptativo (Antunes & Santos, 2015; Júnior et al., 2017; Leitão & Santos, 2017), tal como apontado por Heleno et al. (2017). Assim, Antunes & Santos (2015) e através de um programa psicomotor centrado na proficiência motora e no comportamento adaptativo para adultos com DID apontam o aumento dos valores médios em alguns dos domínios (e.g.: Autonomia, Desenvolvimento da Linguagem, Número e Tempo, Desenvolvimento Físico, Atividade Doméstica e Atividade Económica) e dimensões dos constructos avaliados, indiciando a potencialidade da intervenção psicomotora nesta área. Júnior et al., (2017) mas recorrendo à música no contexto psicomotor corroboram as melhorias, com diferenças significativas nos domínios Autonomia, Desenvolvimento Físico, Personalidade e Socialização e na maioria dos domínios da parte II da ECAP com excetuando o comportamento sexual, após um programa psicomotor de seis meses com sessões bissemanais de 45-50 minutos.

Freitas & Santos (2018) também indicam contributos positivos da intervenção psicomotora com adultos com DID em contexto institucional, principalmente em domínios do comportamento adaptativo (autonomia/funcionamento independente, desenvolvimento físico, personalidade, responsabilidade e socialização). As autoras apontam a tendência para diminuir a intensidade de apoios necessários como um indicador dos benefícios da intervenção psicomotora neste tipo de população, ao mesmo tempo que destacam a

importância das estratégias e aprendizagem funcional que promovam uma maior independência e autonomia nas atividades de vida diária (Freitas & Santos, 2018).

A intervenção psicomotora pode concretizar-se numa diversidade de contextos (e.g. terrestre e meio aquático) de ação diferenciados, investindo-se no sujeito e seu envolvimento, num espaço de contenção e de exploração (Freitas & Silva, 2010). Um desses contextos é o meio aquático com características particulares, razão pela qual será abordado em seguida.

Psicomotricidade em meio aquático

A água é o elemento central da intervenção em meio aquático e as suas propriedades terapêuticas (temperatura, horizontalidade, estimulação propriocetiva e exteroceptiva – Matias, 2005, 2010) parecem favorecer um ambiente de aprendizagem, ao mesmo tempo que contribuem para a autoestima e o autoconceito do indivíduo (Lepore, 2011; Matias, 2005). Assim, o meio aquático assume-se como um ambiente facilitador (Filho, 2003) na medida em que possibilita a criação de atividade, com base no jogo simbólico, que potencie a livre expressão e exteriorização do pensamento do indivíduo enquanto promove o seu desenvolvimento cognitivo-motor (Jardim & Santos, 2016), proporcionando momentos de segurança, afetividade, comunicação e autonomia.

Com efeito, a intervenção psicomotora em meio aquático implica um conjunto de adaptações motoras e cognitivas que procuram estimular e desenvolver capacidades de aprendizagem (Matias, 2005, 2010; Varela, Duarte, Sereno, Dias & Pereira, 2000) benéficas do ponto de vista socioemocional. A literatura (Matias, 2005, 2010; Varela et al., 2000) indica que a intervenção em meio aquático é o resultado da combinação entre objetivos principais de intervenção e os fatores psicomotores (e.g. consciência corporal, lateralidade e equilíbrio, sentido de orientação, reforço da atenção e memória, consciência pessoal, organização no espaço e no tempo), considerando as componentes criativa e relacional.

A intervenção psicomotora apresenta um conjunto de benefícios terapêuticos em meio aquático a diversos níveis que se estendem a várias populações (Freitas & Silva, 2010; Matias, 2005), contribuindo para a sua qualidade de vida, incluindo as pessoas com DID. Em particular, no âmbito **social**, maiores níveis de autonomia e inclusão social; benefícios **fisiológicos**, relacionados com a exploração dos limites articulares, controlo do movimento voluntário e melhoria geral da condição física e saúde; **psicológicos** contribuindo para competências como a autoconfiança com impacto na redução da ansiedade, aumento da comunicação com os pares, capacidades de aprendizagem,

concentração e descoberta; e **psicomotores** onde se pretende reeducar o equilíbrio, o esquema corporal, a coordenação motora e tónus muscular bem como desenvolver o potencial funcional do indivíduo (Fonseca, 1976; Freitas & Silva, 2010).

Adicionalmente, a intervenção psicomotora permite a interação do indivíduo com as propriedades da água, num contexto diferenciado (Rocha, Moura, Ogata, Paixão, Silvério & Sugitani, 2014), estendendo-se a várias faixas etárias (Frimodt, 2004; Tahara, Santiago & Tahara, 2006), promovendo a aquisição e *transfer* de competências (Frank et al., 2013) ao nível da consciência corporal, autoestima, autonomia, competências psicossociais (Chicon, Sá & Fontes, 2014) e habilidades motoras (Lepore, 2011).

Matias (2010) reforça esta ideia e acrescenta um conjunto de áreas que desempenham um papel ativo na intervenção em meio aquático: (1) **motora** que se relaciona com o desenvolvimento do esquema corporal e equilíbrio muscular, mobilidade, controlo de objetos e a coordenação motora global e fina; (2) **socioemocional** onde se procura investir na autoconfiança do indivíduo, comunicação e regulação emocional da relação com os pares, exploração ativa e independência; (3) **cognitiva** relacionada com a estimulação de capacidades de aprendizagem, concentração e atenção na tarefa que podem constituir um desafio para o indivíduo no âmbito da resolução de problemas; e (4) **visuo-auditiva**, incluindo o desenvolvimento da perceção da profundidade, distância, cores, contrastes e sons, entre outros (Matias, 2010; Maurberg-de Castro et al., 2013).

A adaptação ao meio aquático permite ao indivíduo uma vivência corporal autêntica através da exploração vivida e sentida com o meio envolvente, a água (Filho, 2003). A tomada de consciência do esquema corporal contribui para a elaboração do gesto antes da sua execução, com possibilidade de o integrar, controlar e corrigir (Fonseca, 1976). Também o equilíbrio é uma competência base da autonomia motora quer no meio terrestre como no meio aquático, com repercussões na ação. O meio aquático testa estes esquemas motores, na medida em que cria maior instabilidade durante a imersão testando a capacidade de controlo dos movimentos do indivíduo (Aquatic Exercise Association, 2008).

Por outro lado, o controlo respiratório surge como uma competência que permite uma maior segurança no meio aquático possibilitando imersões progressivas (Fonseca, 1976; Potel, 1999 e Núñez & Berruezo, 2002 cit. in Matias, 2005). O meio aquático pressupõe uma alteração no conceito de espaço por conta das mudanças constantes de plano de deslocamento, permitindo ao indivíduo um leque de novas referências, melhor orientação e organização no espaço (Núñez & Berruezo, 2002, cit. in Matias, 2005).

Matias (2005) destaca o papel ativo das informações visuais, auditivas, táteis e quinesísticas para uma adaptação ao meio adequada.

O psicomotricista deve considerar a individualidade dos/as clientes de modo a melhorar as capacidades, minimizar as dificuldades e promover a autonomia e adaptação ao meio aquático (Filho, 2003), o que contribui para a redução da ansiedade e aumento da comunicação com outros indivíduos (Freitas & Silva, 2010). Os/as autores/as distinguem três fases na adaptação ao meio aquático: (1) situações de adaptação e segurança no contacto com o meio aquático, destacando a importância da componente lúdica; (2) aumento da autonomia permite a aprendizagem de competências inerentes ao meio aquático (e.g. respiração, propulsão, noção de profundidade, equilíbrio); e (3) consolidação das competências anteriores dá acesso à aprendizagem de técnicas de nado e mergulhos.

A revisão sistemática de Silvano, Mendes, Brás, Pires e Santos (2017) comprovou os benefícios da prática psicomotora em meio aquático na população portuguesa com perturbações do desenvolvimento (Jardim & Santos, 2016; Leitão & Santos, 2017) ao nível das competências aquáticas, comportamento adaptativo e qualidade de vida e sumariou um conjunto de estratégias terapêuticas utilizadas neste contexto: adaptação das atividades à idade cronológica dos indivíduos, às características do grupo e à necessidade de apoio individual; otimização do tempo útil da sessão; respeito pelo ritmo individual: interesses e objetivos de cada indivíduo; instrução simples e assertiva; e demonstração (Jardim & Santos, 2016; Leitão & Santos, 2017). Jardim & Santos (2016) identificaram melhorias no desempenho de todos/as os/as participantes (adultos com DID) nos domínios da flutuação, respiração e movimentos ativos depois da intervenção em meio aquático. As autoras referem a mesma tendência nos domínios da qualidade de vida, sublinhando melhores resultados após a implementação do programa de intervenção psicomotora. As propriedades da água e os efeitos positivos na melhoria do funcionamento motor e cognitivo na população com DID parece deter um impacto positivo na sua qualidade de vida (Jardim & Santos, 2016).

Leitão & Santos (2016) indicam a ausência de diferenças significativas inter e intra-grupos de adultos com DID, ao nível do CA e competências aquáticas, ainda que se observe uma melhoria significativa nas habilidades motoras, socioemocionais, cognitivas e sensoriais (e.g.: audição e visão). As autoras referem melhorias na autonomia, e autonomia e higiene no balneário, avaliadas pelos instrumentos de meio aquático. Desta forma, a intervenção psicomotora parece proporcionar a aquisição de competências

aquáticas, sociais e adaptativas com repercussões positivas para a vida diária dos indivíduos com perturbações do desenvolvimento (e.g.: DID – Leitão & Santos, 2017).

Ao longo do estágio, a estagiária assumiu um papel de intermediária do processo terapêutico, mediando aspetos cognitivos (e.g.: planeamento da ação, interpretação da instrução, resolução de problemas), motores (e.g.: execução motora da ação), socioemocionais (e.g.: gestão de comportamentos e atitudes dirigidas aos/às pares e aos técnicos/as, conflitos internos e interpessoais) procurando, para todas estas situações e sempre que possível, sugerir, questionar, exemplificar em vez de dar respostas definitivas e/ou impor (re)soluções. O trabalho desenvolvido privilegiou o transfer de competências adquiridas/trabalhadas em contexto terapêutico para o contexto real, como forma de promover a autonomia e funcionalidade dos/as clientes com os/as quais se interveio, procurando melhorar o seu potencial adaptativo.

A observação constante e atenta, transversal a todos os contextos, foi um aspeto central ao longo da intervenção, tendo contribuído para a adequação do tipo, intensidade e frequência de apoios disponibilizados em função das necessidades, potenciais e expectativas dos/as clientes e considerando a sua individualidade. Por outro lado, a estagiária adotou uma abordagem não infantilizada com atividades, materiais, atitudes e comportamentos ajustados à faixa etária dos/as clientes como forma de proporcionar um leque amplo de oportunidades para experiências corporais e relacionais variadas.

Este aprofundamento teórico, realizado ao longo do primeiro semestre e coincidindo com o início do estágio, permitiu à estagiária um conhecimento sobre os principais temas que foram experienciados ao longo do estágio, possibilitando uma intervenção mais centrada na pessoa e nos mais variados contextos, pelo que o próximo capítulo versará sobre a apresentação e análise da atividade da estagiária.

Realização da Prática Profissional

A intervenção psicomotora na CERCI Lisboa teve lugar no CTVAA (sessões de atividade motora) durante o período da tarde (das 14h às 16h) e no Complexo Desportivo do Casal Vistoso (sessões de atividade em meio aquático) durante o período da manhã (das 10h15 às 11h). A intervenção desenvolvida pela estagiária apontou para a estimulação das competências psicomotoras (equilíbrio, organização espaciotemporal, esquema corporal, motricidade e coordenação motora global) e promoção das competências sociais através das dinâmicas de grupo, considerando a funcionalidade e autonomia nas atividades da vida diária (AVD) como áreas fundamentais na população adulta com DID.

Este capítulo reúne todas as informações relativas à prática da estagiária na instituição, no que se refere à organização das diferentes etapas do estágio, registo da calendarização das atividades de estágio, caracterização dos contextos e processos de intervenção e avaliação, e caracterização dos casos e grupos de intervenção.

Descrição e organização do estágio

O início formal do estágio decorreu a 11 de outubro de 2018, com a primeira reunião entre a equipa das técnicas de reabilitação e a diretora técnica do CTVAA, a orientadora académica e as estagiárias, de 1º e 2º ciclo de Reabilitação Psicomotora. Para além de um breve enquadramento da instituição, dos apoios disponibilizados aos/as clientes que atende e ao seu funcionamento, e da apresentação de todos/as os/as presentes, ficou estabelecido um primeiro horário para a estagiária se ir ambientando ao contexto.

Numa fase inicial do estágio, e apesar de já ter algum conhecimento da dinâmica de funcionamento da CERCI Lisboa (dado ter sido estagiária nesta mesma instituição nas atividades de estágio I e II da licenciatura), a estagiária experienciou um conjunto de atividades lúdico-terapêuticas, atividades de desenvolvimento pessoal e social, atividades instrumentais da vida quotidiana e atividades estritamente ocupacionais como forma de se inteirar de toda a dinâmica de funcionamento e logística da instituição (ver capítulo da caracterização da instituição).

Nesse sentido, a estagiária teve oportunidade de observar diretamente as atividades de desenvolvimento pessoal e social (expressão dramática, expressão plástica, Bombarte e dança), atividades lúdico/terapêuticas, nomeadamente, atividade motora, caminhadas, atividade em meio aquático, estimulação sensorial, *snoezelen*, fisioterapia, sessão de movimento, boccia e sessões de meio aquático no tanque

terapêutico (GO fit). Acessoriamente, a estagiária teve oportunidade de observar e prestar apoio nas rotinas de balneário (e.g.: vestir-despir, calçar-descalçar, banho e higiene pessoal) nos momentos pré e pós sessões; participar numa reunião do grupo de autorrepresentação da CERCI Lisboa (grupo Somos) e perceber o âmbito, funcionamento, objetivos e estratégias de ação; atividades realizadas em contexto de sala (e.g.: atividades de produção criativa, jogos e dinâmicas de grupo, rotina de funcionamento da sala) e no salão (e.g.: jogos de tabuleiro, matraquilhos, conversa e partilha de acontecimentos diários e semanais); apoio nas refeições (e.g.: dar almoço aos/às clientes de uma sala específica) e no acesso ao transporte do CTVA (e.g.: ir buscar os/as clientes que chegam ao centro na carrinha e direcioná-los às respetivas salas). Esta fase de observação participada permitiu a recolha de informação sobre os/as clientes e facilitou a posterior escolha do estudo de caso.

Na segunda semana de estágio e tendo em conta a autonomia crescente da estagiária, iniciou-se a intervenção direta com supervisão das orientadoras locais. Nesta fase, a estagiária teve total liberdade para propor atividades ao/às clientes, em função das capacidades observadas anteriormente. As sessões pouco estruturadas e na base do improvisado foram evoluindo para sessões planeadas de acordo com as características e capacidades dos/as clientes bem como os objetivos ajustados aos diferentes grupos de intervenção.

Calendarização das atividades de estágio

O estágio iniciou-se a 15 de outubro de 2018 e terminou a 31 de maio de 2019. A Tabela 1 descreve a organização das atividades que contemplam o horário da estagiária até dezembro de 2018. Concomitantemente com as sessões de atividade motora e atividade em meio aquático, decorreram ainda atividades de produção criativa em contexto de sala, expressão dramática, expressão plástica, dança (vertente tradicional e contemporânea), *snoezelen*, entre outras. Importa destacar o papel ativo dos/as clientes (e articulação com as respetivas famílias) na escolha das atividades que se ajustam às suas necessidades, expectativas e interesses.

Nos períodos da tarde de 5ª e 6ª feiras, a caminhada e AM decorreram em simultâneo, apesar de dinamizadas por técnicos/as e grupos diferentes. Dependendo das condições climáticas, também as caminhadas podiam assentar em diferentes moldes, podendo ocorrer no espaço envolvente ao centro, incluir a saída para a comunidade, ou caminhada no espaço do ginásio. Os grupos de caminhada e AM de 6ª feira (14-15h) foram acompanhados pontualmente pela estagiária devido a compromissos académicos

que inviabilizaram a sua participação frequente, dada a realização de duas unidades curriculares opcionais na FMH. Pela mesma razão, a terça-feira não é incluída no horário semanal de estágio da estagiária.

Tabela 1 - Atividades que contemplam o horário semanal de estágio da estagiária até 21 de dezembro de 2018.

Horário	2ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
9h – 10h	Reunião com as orientadoras locais. Participação em atividades de sala.			
10h – 12h	AMA	AMA	AMA	AMA
12h – 13h				
13h – 14h	Almoço		Almoço	Almoço
14h – 15h	Caminhada		Caminhada	Caminhada, AM
15h – 16h	AM		AM	Acompanhamento individual PJ.
16h – 16h30	Balanco do dia		Balanco do dia	

A partir de 2 de janeiro de 2019, e com o fim dos compromissos académicos relacionados com a realização das unidades curriculares, o horário semanal da estagiária sofreu alterações (tabela 2).

Tabela 2 - Atividades que contemplam o horário semanal de estágio a partir de 2 de janeiro de 2019.

Horário	2ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
9h – 10h	Reunião com as orientadoras locais. Participação em atividades de sala.			
10h – 12h	AMA	AMA	AMA	AMA
12h – 13h	Monitorizações	Monitorizações	Monitorizações	Monitorizações
14h – 15h	Caminhada	Caminhada	Caminhada	Caminhada
15h – 16h	AM	AM	AM	AM
16h – 16h30	Balanco do dia	Balanco do dia	Balanco do dia	Balanco do dia

Considerando o funcionamento do centro, a organização das atividades e a carga horária, a estagiária interveio em dois contextos distintos: atividade em meio aquático (CDCV) e atividade motora (ginásio do CTVA e caminhadas no espaço envolvente ao centro), que em seguida serão apresentados, bem como os grupos que a estagiária acompanhou ao longo do ano.

Contextos de Intervenção

Atividade em Meio Aquático

As sessões de AMA, orientadas pelas técnicas de reabilitação (TR) Elisabete e Mónica, decorriam nas piscinas do CDCV. A estagiária acompanhou e interveio autonomamente com cada um dos grupos e, posteriormente, com o estudo de caso.

Ainda que as sessões fossem dinamizadas em grupo, a estagiária fornecia apoio mais individual, dada a heterogeneidade dos/as clientes. As sessões de AMA, com duração aproximada de 45 minutos, estavam organizadas por três momentos diferentes: a *atividade inicial* (5-10 minutos) consistindo na ativação geral da musculatura incluindo a estimulação do controlo respiratório e mobilização dos segmentos corporais; o *corpo da sessão* (20-25 minutos) que incide no desenvolvimento de competências aquáticas como rotação dos membros superiores, propulsão dos membros inferiores e estilos de natação em função das capacidades e necessidades de intervenção dos diferentes grupos; e, por fim, *retorno à calma* (5-10 minutos) para o relaxamento muscular, incluindo atividades de equilíbrio horizontal com mobilização dos segmentos corporais dos clientes.

Cada TR dinamizava uma sessão de AMA, que decorria no período da manhã entre as 10h15 e as 11h. Tal como referido anteriormente, a CERC Lisboa mantém uma estreita articulação com a comunidade que se expressa, no âmbito terapêutico, através do Programa da Natação Curricular da Câmara Municipal de Lisboa, que estabelece parcerias com outras entidades como a APCL e AAMA. Com uma frequência de três dias por semana, uma TR encontra-se ao serviço deste protocolo de colaboração. No entanto, nos períodos da manhã, funcionam dois grupos com intervenção em meio aquático em simultâneo, servindo a estagiária como recurso em apenas um dos grupos, que serão caracterizados:

- **Grupo 1** (2ª feira, 10h15-11h): constituído por quatro clientes, um do género masculino e três do género feminino. Os principais objetivos para estes/as clientes passavam por aumentar a autonomia no meio aquático através da estimulação do controlo respiratório, equilíbrio horizontal dinâmico e batimento alternado das pernas, com apoio mínimo a moderado. A intervenção, incluiu, deslocamentos, imersão (e.g.: mergulhos), progressão para o decúbito dorsal e ventral com batimento alternado dos membros inferiores e rotação dos membros superiores, ao mesmo tempo que se promovem competências relacionais e de trabalho a pares sempre que possível. Ao longo das sessões foram utilizadas estratégias como instrução verbal simples, *feedbacks* corretivos, demonstração e mobilização física sempre que necessário, bem como adequação dos materiais utilizados (e.g.: ilhas, pranchas e rolos de espuma);
- **Grupo 4** (4ª feira, 10h15-11h): onde se integravam quatro clientes, dois do género masculino e duas do género feminino. Este grupo, onde se inseria o estudo de caso da estagiária, necessitava de maior apoio individual, pelo que o trabalho desenvolvido, por ser mais individualizado, implicou a necessidade de apoio físico

mínimo a moderado e mobilização dos membros no decorrer da atividade em alguns casos específicos, quando comparado com os restantes grupos. Os objetivos terapêuticos incluíram: melhorar os deslocamentos horizontais e potenciar as transferências de equilíbrio dorsal-ventral e vertical-horizontal, estimular o controlo respiratório, aperfeiçoar a técnica propulsiva (batimento alternado de pernas e rotação alternada de braços), a par com o trabalho a pares sempre que possível. À semelhança de outros grupos, apostaram-se nos *feedbacks* corretivos constantes, demonstração e mobilização física frequentes, bem como na adequação dos materiais utilizados (e.g.: ilhas, pranchas e rolos de espuma);

- **Grupo 7** (5ª feira, 10h15-11h): 11 clientes, três do género feminino e os restantes oito do género masculino, com maior autonomia no meio aquático e no balneário que se traduz em apoio mínimo. O trabalho com este grupo incidiu no aperfeiçoamento de técnicas de nado, maioritariamente costas e *crawl*, com apoio verbal mínimo. O *feedback* corretivo, a explicação verbal da atividade proposta, a utilização da instrução simples e clara, e a adequação dos materiais utilizados (e.g.: *pullbuoy* e pranchas), foram alguns dos recursos dinamizados pela estagiária; e
- **Grupo 10** (6ª feira, 10h15-11h): incluiu cinco clientes, duas do género feminino e os restantes três do género masculino. Uma das clientes frequentava uma aula de hidroginástica que decorria simultaneamente com a sessão de atividade em meio aquático. Os principais objetivos terapêuticos incluíram: aumentar a autonomia no meio aquático, estimular o controlo respiratório, potenciar o equilíbrio horizontal dinâmico e os movimentos propulsivos (batimento alternado das pernas), com apoio físico moderado. Mais uma vez, recorreu-se a reforços positivos e *feedbacks* corretivos constantes, maior intensidade de apoio e mobilização dos membros quando necessário, e adequação dos materiais utilizados (e.g.: ilhas, pranchas e rolos de espuma).

Atividade Motora

As sessões de AM incluíram caminhada, psicomotricidade e/ou atividade em contexto de ginásio, razão pela qual serão apresentadas em seguida, bem como os grupos que beneficiam das mesmas.

A caminhada foi realizada diariamente no período da tarde entre as 14h e as 15h e está inserida no leque de atividades lúdico-terapêuticas disponíveis para os clientes da CERC Lisboa, destinando-se, maioritariamente, a clientes com menor autonomia na marcha, dificuldades no controlo postural e no equilíbrio. Desta forma, esta atividade tem

como principais objetivos estimular a coordenação motora global, bem como a ativação musculoesquelética, repercutindo-se na funcionalidade e na autonomia dos/as clientes nas atividades diárias. O percurso da caminhada, realizado nos espaços envolventes ao centro ou no exterior, incluía rampas, desníveis (subir e descer escadas) e travessia de passarelas de pedões. Note-se que o grupo 6 foi acompanhado pela estagiária somente a partir de 2 de janeiro de 2019 como resultado da maior disponibilidade horária da estagiária. No âmbito da caminhada, os/as clientes que usufruíam desta atividade estavam divididos em três grupos:

- **Grupo 2** (2ª feira): que incluía cinco clientes (três clientes com comunicação não-verbal), um do género feminino e quatro do género masculino; dois clientes dos quais necessitavam de apoio físico constante devido a dificuldades no controlo postural, um cliente necessitava de apoio físico mínimo (e.g.: dar a mão ao técnico) para se manter em atividade, e os outros dois mais autónomos do ponto de vista motor, na medida em que não necessitavam de apoio físico, realizando alternância de apoios nos membros inferiores nos desníveis e escadas (principalmente na subida) com reforço verbal. Os/as clientes faziam uma pausa sensivelmente a meio da caminhada para descanso;
- **Grupo 5** (4ª feira): 11 clientes (dois com comunicação não verbal), sendo sete do género masculino e as restantes do género feminino. O número e heterogeneidade deste grupo implicavam a participação das duas TR e da estagiária para dar apoio físico moderado a cinco clientes, maioritariamente em desníveis e escadas. Todos os outros clientes apresentavam autonomia na marcha, pelo que realizavam a caminhada sem apoio físico. Os/as clientes faziam uma pausa sensivelmente a meio da caminhada para descanso;
- **Grupo 8** (5ª feira): constituído por seis clientes, três do género masculino e três do género feminino. Neste grupo, uma cliente necessitava de apoio físico constante devido a dificuldades no equilíbrio e controlo postural, podendo os/as restantes necessitar de apoio pontual na transição de um tipo de pavimento para outro, desníveis e/ou escadas. Os/as clientes faziam uma pausa sensivelmente a meio da caminhada para descanso; e
- **Grupo 12** (6ª feira): integrando 12 clientes, 11 do género feminino e um do género masculino, autónomos ao nível da marcha pelo que realizavam percursos com maior dificuldade (percursos maiores e com mais obstáculos – desníveis, escadas,

travessias de peões com e sem semáforos) com supervisão de uma TR e da estagiária.

A psicomotricidade em contexto de ginásio foi realizada diariamente no período da tarde entre as 15h e as 16h e, a par com a caminhada e a atividade em meio aquático, está inserida no leque de atividades lúdico-terapêuticas disponíveis para os/as clientes da CERC Lisboa. Esta atividade destina-se a clientes com maior autonomia do ponto de vista motor e abrangia objetivos de intervenção tanto instrumentais, com foco nos fatores psicomotores e exercícios funcionais de fortalecimento muscular (e.g.: exercícios no espaldar, subir e descer escadas em marcha e/ou em salto a pés juntos, exercícios de força com bolas medicinais), como recreativo-desportivos, direcionados para a prática de modalidades desportivas (e.g.: futebol, corfebol, andebol, entre outros). Importa relembrar que o grupo 6 foi acompanhado pela estagiária somente a partir de 2 de janeiro de 2019. Os grupos que frequentavam a psicomotricidade em contexto de ginásio eram:

- **Grupo 3** (2ª feira): sete clientes, três do género feminino e cinco do género masculino, com maior necessidade de apoio ao nível de atividades cognitivas e motoras. Os objetivos terapêuticos destes/as clientes incidiam sobre a manutenção das competências cognitivas e motoras existentes, com apoio físico e verbal moderados, incluindo treino funcional de ações motoras com repercussão na vida diária (e.g.: sentar-levantar do banco sueco, caminhada na rampa e escadas), fortalecimento muscular e mobilidade articular dos membros superiores e inferiores no espaldar (e.g.: caminhar lateralmente no espaldar) e verbalização de atividades realizadas ao longo da sessão;
- **Grupo 6** (4ª feira): 10 clientes, sete do género masculino e três do género feminino. Por apresentarem autonomia ao nível motor e melhores competências no que diz respeito à motricidade global, os objetivos terapêuticos destes/as clientes incidiam na melhoria de competências motoras existentes com apoio mínimo, incluindo treino funcional de ações motoras com repercussão na vida diária (e.g.: sentar-levantar do banco sueco transportando pesos, diferentes formas de deslocamento), fortalecimento muscular e mobilidade articular dos membros superiores e inferiores no espaldar (e.g.: caminhar lateralmente, subir e descer um nível, alongamento dos segmentos corporais e elevação das pernas com apoio do espaldar, entre outros) e verbalização de atividades realizadas ao longo da sessão, ao mesmo tempo que se trabalham questões relacionais através de atividades a pares ou em grupo;

- **Grupo 9** (5ª feira): seis clientes, duas do género feminino e quatro do género masculino. O estudo de caso da estagiária, o J., integra este grupo, pelo que os objetivos de intervenção focaram especialmente as competências e necessidades do J., apesar das adaptações necessárias aos/às restantes clientes. Neste sentido, os objetivos terapêuticos incluíram: melhorar a organização no tempo e no espaço, aumentar a amplitude articular e estimular a realização de dupla tarefa, verbalizar as atividades realizadas na sessão; e
- **Grupo 11** (6ª feira): 15 clientes, três do género feminino e os restantes do género masculino, com elevada autonomia prática e adaptativa, estando a maioria a desempenhar funções em entidades de acolhimento no âmbito das ASU. Neste sentido, os objetivos de intervenção incidem numa vertente mais relacionada com a prática desportiva de modalidades como corfebol, futebol, andebol, entre outros. Importa referir que este grupo apresenta autonomia suficiente para propor atividades a realizar na sessão.

Casos e grupos de intervenção

A estagiária realizou intervenção direta com um grupo de quatro clientes em meio aquático (tabela 3) e um grupo de seis clientes em contexto de ginásio (tabela 4), que serão posteriormente descritos com maior detalhe. Além destes dois grupos de intervenção, a estagiária ainda acompanhou e prestou apoio secundário a 76 clientes, entre os 20 e os 55 anos, sendo 30 do género feminino e os restantes 46 do género masculino, e com diagnósticos predominantes de DID, e outras comorbilidades como epilepsia, trissomia 21, paralisia cerebral, PEA, deficiências sensoriais (visão e audição), síndrome de Prader-Willi. Estes/as clientes integravam os restantes grupos de intervenção, cujas sessões foram dinamizadas pelas TR.

Tabela 3 - Caracterização do grupo de intervenção em meio aquático.

Grupo	Cientes	Idade	Género	Diagnóstico
AMA 4ª feira (10h15-11h)	E.N.	42	F	DID, paralisia cerebral
	J.O.	41	M	DID, epilepsia
	L.C.	45	M	DID
	A.F.	40	F	DID

A estagiária interveio diretamente com o grupo que integrava as sessões de AMA às 4ª das 10h15 às 11h nas piscinas do CDCV, composto por quatro clientes, duas do género feminino e dois do género masculino, entre os 40 e os 45 anos.

Tabela 4 - Caracterização do grupo de intervenção em contexto de ginásio.

Grupo	Cientes	Idade	Género	Diagnóstico
-------	---------	-------	--------	-------------

AM 5ª feira (15h-16h)	S.R.	41	F	DID
	J.O.	41	M	DID, epilepsia
	R.S.	41	M	DID
	R.C.	23	M	DID, trissomia 21
	L.N.	44	M	DID, síndrome de Prader-Willi
	R.St. ¹	22	F	DID, síndrome de Prader-Willi

Ao longo da intervenção a estagiária dedicou particular atenção aos apoios e estratégias a utilizar com os/as clientes, considerando as evidências da literatura, mas também o conhecimento individual que tinha de cada um dos casos com quem interveio. Assim, destacou-se a não infantilização e a adequação da postura e conteúdos à idade cronológica em detrimento do conceito em desuso de “idade mental”, minimizando a superproteção e valorizando as capacidades dos/das clientes (Brown et al., 1991; Santos, 2010a, 2014; Santos & Gomes, 2016; Santos & Morato, 2016), pelo que as propostas da estagiária passaram por atividades concretas, funcionais e com possibilidade de transfer para a vida diária (Santos, 2018). Além disso, a intervenção implementada, apesar de ter por base as características apontadas anteriormente (ver capítulo dedicado à DID) partiu do pressuposto da heterogeneidade fenotípica e do comportamento (Kauffman & Hung, 2009), pelo que os planeamentos foram centrados no/na cliente, considerando não só as suas preferências, capacidades e necessidades, mas contextualizando-as nos valores organizacionais.

A utilização de exemplos concretos, demonstrações e pistas visuais (Browder, Spooner, Ahlgrim-Delzell, Haris e Wakemanxya, 2008), bem como um envolvimento estruturado e acompanhado por reforços positivos, corretivos e imediatos relativamente a um determinado comportamento (Browder et al., 2008; Kauffman & Hung, 2009), foram também cuidados tidos pela estagiária. A decomposição de tarefas, o aproveitamento de conteúdos e competências previamente adquiridas foram outros recursos utilizados ao longo do estágio visando uma maior consolidação de aprendizagens (Sanches, 2011).

Do ponto de vista da qualidade da instrução fornecida, utilizaram-se frases simples e curtas, repetição de instruções curtas e simples, redução dos elementos distráteis, valorização da componente não-verbal das respostas, num ambiente facilitador e flexível (Cagran & Schmidt, 2011), tentando, sempre que possível,

¹ A cliente R.St. foi pouco assídua ao centro e às atividades lúdico-terapêuticas pelo que, apesar de integrar o grupo de intervenção de AM à 5ª das 15h às 16h, a estagiária não teve oportunidade de intervir diretamente com a cliente.

experiências em contexto real (e.g.: ao nível de conceitos matemáticos com repercussões no funcionamento independente, atividades da vida diária, atividade económica, uso de transportes e de recursos existentes na comunidade, regulação comportamental em função de diferentes situações de interação social – Santos, 2018; Santos & Morato, 2012c). A estagiária recorreu ainda a apoio físico, contrato de consequências, demonstração da tarefa/atividade (Bos & Vaughn, 1988; Sanches, 2011), estabelecimento de rotinas e regras (Santos, 2010a).

De um modo geral, e atendendo à faixa etária (adultos/as em processo de envelhecimento) e às necessidades de apoio dos/as clientes, o trabalho com estes grupos incidiu maioritariamente na manutenção de competências aplicáveis à vida diária, particularmente, ao nível da orientação no espaço, mobilidade e deslocação no espaço, autonomias na higiene e arranjo pessoal, na alimentação, comportamentos sociais adequados, em função dos vários contextos de intervenção (e.g. balneários da piscina e ginásio, refeitório, atividades no exterior). Além destas competências sociais e adaptativas, foram ainda trabalhadas competências motoras (e.g. exercícios de treino funcional) sempre contextualizadas nas atividades de vida diária.

Em jeito de balanço, ao longo do ano, verificaram-se ganhos ao nível da participação e autonomia na criação de situações de autogestão (e.g.: formação de equipas e pares para realizar dinâmicas de grupo, iniciativa na realização e/ou demonstração de uma atividade proposta, iniciativa na escolha/dinamização de uma atividade para o grupo, proatividade na arrumação do material), mas também ao nível das competências aquáticas (e.g.: pequenas melhorias qualitativas nos deslocamentos horizontais em decúbito dorsal/ventral e verticais, no controlo respiratório ao nível da expiração mais frequente com o rosto em imersão), motoras (e.g. ligeira redução da fadiga muscular nos exercícios de força, pequenos ganhos de força nos grupos musculares superiores – subida de mais níveis no espaldar e exercícios com bolas medicinais – e inferiores – sentar/levantar do banco sueco, elevação das pernas com apoio do espaldar) e comportamentais (e.g.: mais proatividade na realização dos exercícios, menor frequência de recusa na participação na atividade/sessão).

Por outro lado, outras áreas não foram tão intervencionadas ou não revelaram resultados tão positivos, mas que merecem destaque, nomeadamente ao nível das autonomias na atividade doméstica e económica bem como dos transportes, por conta da dinâmica de funcionamento do CTVAA e/ou pela falta de recursos técnicos e temporais.

Recomenda-se à próxima estagiária que se inteire de todos os domínios de vida das/dos clientes (e.g.: dinâmica familiar, historial clínico, tempo de institucionalização, traços de personalidade, competências e necessidades de apoio) de modo a conhecer os/as clientes de acordo com uma perspetiva holística. A segunda recomendação prende-se com a importância do trabalho com foco na autonomia mencionada anteriormente, por ser um domínio com impacto direto no comportamento adaptativo e na qualidade de vida dos/as clientes com DID.

Dado o grande número de clientes a quem se prestou apoio (aproximadamente 80 clientes), em seguida será apresentado o estudo de caso de forma mais pormenorizada para uma melhor compreensão da intervenção desenvolvida. Depois de uma discussão sobre quem poderia usufruir da intervenção mais individual, ficou decidido com a colaboração da orientadora local que seria o J.. Embora este cliente esteja institucionalizado há cerca de 20 anos na CERCI Lisboa, apresenta algum potencial de aprendizagem no meio aquático, bem como no meio terrestre em contexto de ginásio, tendo sido este o principal critério de seleção. Por outro lado, a motivação e o interesse particular, do cliente, nas atividades motora e em meio aquático, e a participação no grupo SOMOS enquanto representante do Lar-Residencial foram aspetos valorizados pela estagiária na seleção do estudo de caso.

Estudo de Caso

O J. nasceu a 18 de setembro de 1978 e é natural de Lisboa. Filho de uma fratria de 3, pai falecido e mãe com uma saúde muito frágil que, atualmente, reside com a irmã de J., o cliente tem um irmão casado e um filho. Devido à saúde frágil da mãe, é este irmão que gere todos os aspetos da vida do J., assegurando todos os cuidados de saúde (fármacos), higiene e financeiros (gestão dos gastos pessoais).

Durante a gravidez, a mãe teve um episódio de sífilis e o parto com fórceps. Não há registos de outros aspetos relativos aos vários domínios do desenvolvimento do cliente. Do ponto de vista clínico, J. é diagnosticado com epilepsia aos 8 anos sendo, atualmente, acompanhado nas consultas de neurologia no Hospital Egas Moniz. Os sintomas, ainda que ligeiros por efeitos de farmacologia associada, consistem em ausências e espasmos que podem provocar quedas. De acordo com a informação disponível, J. apresenta um diagnóstico não definido que se enquadra no perfil de funcionamento de um atraso no desenvolvimento intelectual e psicomotor, correspondente a DID.

J. inicia o seu percurso educativo numa creche até aos 5 anos tendo, posteriormente, frequentado um colégio de ensino especial até ao 6º ano de escolaridade, altura em que transitou para uma escola de ensino regular. Em 1998, J. usufrui de respostas sociais e serviços da CERCI Lisboa e é encaminhado para um centro de formação profissional direcionado para a DID, onde realiza uma formação de jardinagem, ao mesmo tempo que inicia o seu percurso no Centro de Atividades Ocupacionais Espaço da Luz (Carnide), a 3 de setembro de 1998. Além destas respostas sociais, J. realiza uma atividade socialmente útil (ASU), desempenhando funções nos CTT – Correios de Portugal.

O cliente beneficia de outra resposta social da CERCI Lisboa, o Lar residencial, sendo que numa fase inicial apenas aos fins-de-semana sendo, atualmente, residente permanente. Em 2015, o agravamento do quadro de epilepsia (ausências e quedas mais frequentes) com impacto direto na autonomia ao nível dos transportes e da ASU condiciona a segurança na deslocação no trajeto Lar residencial-CTT e, portanto, motiva a transição do CAO Espaço da Luz para o Centro de Transição para a Vida Adulta e o término da ASU.

No centro, J. integra a sala 6 onde realiza atividades de produção criativa (e.g.: desenhos, produção de postais de Natal, entre outras), atividades de lazer/recreação (e.g. bingo, ler o jornal, partilha e conversa com os colegas de sala e técnicos responsáveis), e ainda tarefas como registo de presenças, manter a sala limpa e arrumada juntamente com os seus colegas. Além das atividades na sala, o J. participa nas sessões de terapia ocupacional/expressão plástica, nas reuniões do grupo SOMOS como autorrepresentante do lar residencial (que frequenta mensalmente), expressão dramática, atividade motora e atividade em meio aquático. Por outro lado, e apesar de não realizar ASU, J. desempenha algumas funções dentro do centro, nomeadamente, empacotar talheres no refeitório. No lar residencial, o cliente partilha o quarto com dois clientes e, neste contexto, manifesta boas competências de relação e interação com os pares: não necessita de reforços para interagir com os colegas, comunica por iniciativa própria com os pares e colaboradores/as.

O J. é alto, tem cabelo grisalho sempre penteado para o lado, os olhos castanhos cheios que dão as boas-vindas a quem se aproxima, a barba desfeita, um sorriso simpático sempre pronto e um abraço forte e meigo. Tem uma personalidade alegre, extrovertida e sociável. Estabelece facilmente relações interpessoais com os pares e colaboradores/as do centro. Mostra preferência por desporto, particularmente, futebol,

sendo um tema de conversa frequente com os pares. De uma forma progressiva, as suas autonomias nas atividades de vida diária (transportes, higiene, entre outras) têm sido afetadas pelo quadro de epilepsia (e.g.: higiene e arranjo pessoal matinal), necessitando de mais tempo desde que acorda até iniciar esta rotina bem como maior supervisão no decorrer da mesma.

No que diz respeito às rotinas, J. acorda e trata da sua higiene e arranjo pessoal com supervisão e apoio verbal, toma o pequeno-almoço no refeitório do CTVA e dirige-se à respetiva sala (sala 6) onde realiza um conjunto de tarefas (e.g.: colocar presenças, leitura do jornal e partilha de assuntos de interesse com os colegas). Realiza as atividades terapêuticas e lúdicas previstas para o respetivo dia e, pelas 16h, lancha com os colegas de sala com supervisão das técnicas de sala. Às 17h, J. dirige-se ao lar residencial e descansa no quarto, saindo depois para jantar e momentos de lazer com os outros residentes (jogos, ver televisão, conversar, entre outros). A rotina de deitar (entre as 21h30 e as 22h) inclui higiene e arranjo pessoal e é realizada autonomamente sem necessidade de apoio. As atividades semanais previstas para o J. encontram-se esquematizadas na tabela seguinte.

Tabela 5 - Semana-tipo do J.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Sessão Despertar (movimentos de ativação global); Atividades de sala (desenhos, preparação de encomendas alusivas às festividades, jogos)	Atividades de sala: reunião de planeamento mensal (aniversários, plano de atividades a realizar ao longo do mês, planejar saídas desportivas)	Atividade em meio aquático (intervenção da estagiária)	Expressão plástica (uso de materiais reutilizados e reciclados para a produção artística alusiva às festividades)	Sessão Despertar (movimentos globais, alongamentos); Atividade no refeitório: empacotar talheres Retorno à sala, onde faz o balanço e avaliação da tarefa do refeitório
Almoço					
Tarde	Atividades de sala (desenhos, preparação de encomendas alusivas às festividades, jogos)	Expressão dramática (ensaio de peças de teatro alusivas às festividades)	Reunião do Grupo Somos (com uma frequência mensal, J. participa na reunião como representante dos residentes do lar residencial, onde se tratam assuntos dos clientes, direitos e deveres)	Atividade Motora (intervenção da estagiária)	Atividades de sala; Avaliação semanal das atividades realizadas, comportamento, entre outros aspetos
Lanche e ida para o lar residencial					

Tendo em conta o levantamento das características intraindividuais e envolvimento e a recolha de informação institucional do J., iniciou-se o processo de avaliação inicial contando com uma participação ativa do cliente, principalmente no preenchimento da Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa (ECAP).

O processo de avaliação

O processo avaliativo iniciou-se em outubro de 2018 através da observação (e registo) informal de todos os clientes nos vários contextos (e.g.: ginásio, piscina, movimento, fisioterapia, *snoezelen*, teatro, dança, entre outros). Esta observação inicial revelou-se importante no que diz respeito ao estabelecimento da relação empática entre a estagiária e os/as clientes, bem como à avaliação informal das suas áreas fortes e das áreas a promover. A avaliação inicial e final foi realizada através da ECAP e a Escala de Avaliação em Meio Aquático (EAMA), por serem os instrumentos de que o CTVA dispõe para avaliar os clientes nos diferentes domínios e contextos.

Além destes, a estagiária sentiu necessidade de avaliar um conjunto de competências psicomotoras em contexto de ginásio. Dado que a instituição não dispunha de um instrumento que preenchesse os parâmetros de avaliação pretendidos, a estagiária combinou um conjunto de itens resultantes de instrumentos e escalas existentes bem como itens que resultaram da observação direta do estudo de caso nas sessões de AM, convergindo numa Grelha de Avaliação Psicomotora, tendo por base a avaliação a critério do cliente, fazendo um balanço entre o momento inicial e final de avaliação, intercalados por sessões de intervenção direta. Os instrumentos serão agora descritos.

Escala de Comportamento Adaptativo versão portuguesa (ECAP)

A ECAP tem como objetivo, e tal como o seu nome indicia, avaliar o comportamento adaptativo e identificar as áreas fortes e áreas a desenvolver para uma relação que se pretende de mais qualidade, com o contexto onde se insere, de pessoas com e sem DID, institucionalizadas, entre os 6 e os 60 anos (Santos & Morato, 2012e,f; Santos et al., 2014).

A aplicação deste instrumento, preferencialmente, através da observação direta do indivíduo ou caso não seja possível recorrendo a uma pessoa que conheça bem a pessoa nos mais diversos contextos, deve cotar o nível de desempenho em atividades de vida diárias (Santos & Morato, 2012e,f; Santos et al., 2014). Para além da caracterização demográfica do/a avaliado/a (género, idade, diagnóstico, entre outros) a ECAP é

constituída por duas partes: a primeira refere-se às competências de independência pessoal e a segunda corresponde aos comportamentos desviantes (Santos e Morato, 2012e,f; Santos et al., 2014).

A primeira parte é constituída, por sua vez, por 10 domínios e 18 subdomínios: **a autonomia** (alimentação, higiene, uso de casa de banho, aparência, cuidados com o vestuário, vestir/despir e deslocações); **desenvolvimento físico** (capacidades sensoriomotoras compostas pela visão, audição, tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção de corpo e praxias); **atividade económica** compreendendo a compreensão e utilização do dinheiro; **desenvolvimento da linguagem** recetiva e expressiva e respetiva utilização no meio social; **números e noção temporal** incluindo o transfer de competências matemáticas básicas para a vida diária; **atividades domésticas** (manutenção, limpeza da casa e preparação de refeições); **atividade pré-profissional** com recolha de informação relevante para o sucesso profissional; **personalidade** envolvendo as atitudes (ativas ou passivas), iniciativa, perseverança e ocupação de tempos livres; **responsabilidade** pessoal e social; e **socialização**, onde se encontram competências de interação e participação com o outro, como a cooperação e maturidade na sociedade (Santos & Morato, 2012e,f; Santos et al., 2014). Nesta primeira parte da escala, a avaliação é feita segundo dois métodos de cotação, sendo estes a “*complexidade crescente*” (Santos & Morato, 2012e, p. 93) onde o valor mais elevado corresponde à tarefa de maior grau de dificuldade; e respostas dicotómicas (SIM/NÃO) com correspondência a 1 ou 0 pontos, quando o indivíduo realiza ou não realiza a tarefa, respetivamente (Santos e Morato, 2012e,f; Santos et al., 2014).

A segunda parte da escala é constituída por oito domínios que avaliam os desajustamentos (Santos & Morato, 2012e,f; Santos et al., 2014): **comportamento social** e pessoal abusivo; **conformidade**; **merecedor de confiança** (e.g.: mentir, roubar, desrespeitar a propriedade pública e privada); **comportamento estereotipado e hiperativo** (e.g.: contato físico inadequado, comportamento hiperativos, estereótipos de desordens desenvolvimentais); **comportamento sexual** desadequados (e.g.: exposição do corpo); **comportamento auto abusivo** que provocam danos a si próprios ou considerados bizarros; **ajustamento social** como a timidez e passividade; e **comportamento interpessoal com perturbações** (e.g. sentimentos de perseguição, reação negativa às críticas). Ainda de acordo com os autores, os itens desta segunda parte são cotados tendo em conta a frequência dos comportamentos entre 0 (nunca), 1 (ocasionalmente) e 2 (frequentemente, ou seja, mais de 3 vezes por semana).

Os domínios organizados e relacionados entre si dão origem a cinco fatores, três na primeira parte: autossuficiência pessoal, autossuficiência na comunidade, responsabilidade pessoal e social; e dois fatores na segunda parte relativos ao ajustamento pessoal e social (Santos & Morato, 2012e,f; Santos et al., 2014). A interpretação dos resultados pode ser feita por item, por domínios ou por fatores podendo ser de referência à norma com a comparação com os valores médios e maioritariamente para efeitos de diagnóstico, ou de referência a critério na análise dos resultados obtidos pela pessoa ao longo do tempo (Santos & Morato, 2012e,f; Santos et al., 2014), devendo o psicomotricista incidir nesta vertente (Santos, 2017).

A validade de conteúdo da ECAP foi analisada por um conjunto de peritos que atestaram a relevância dos itens e que sugeriram reformulações em alguns dos itens, tendo os valores de consistência interna pelo *alpha de Cronbach* - que variaram entre .80 (domínio *Atividade Económica*) e .97 (domínio *Autonomia*), e os da estabilidade temporal - pelos coeficientes de correlação de *Pearson*, variando entre .46 (domínio *Atividade Económica*) e .96 (domínio *Autonomia*), apontado para a sua fiabilidade (Santos e Morato, 2012f; Santos et al., 2014). A validade de constructo foi analisada pelas correlações de *Pearson* entre domínios cujos valores variaram entre .40 e .81 na primeira parte, sendo a maioria negativos e fracos na segunda parte, e pela análise fatorial exploratória cujos critérios de extração de itens incluiu *eigenvalues* superiores a 1 e pesos fatoriais superiores a .40, chegando-se à versão atual (Santos & Morato, 2012f; Santos et al., 2014). Os domínios da parte I explicam cerca de 41% da variância total da escala. Os autores encontraram ainda diferenças significativas do ponto de vista estatístico entre a população com DID e os seus pares típicos ($p < .01$), inferindo-se o seu poder discriminativo. Os autores recomendam uma interpretação atenta dos resultados, especialmente no momento do diagnóstico. Esta escala permite o desenvolvimento do plano de intervenção individualizado, e recomenda um conjunto de competências funcionais e sociais a potenciar (Santos et al., 2014).

Escala de Avaliação em Meio Aquático

A Escala de Avaliação em Meio Aquático (EAMA) destina-se a avaliar o domínio das competências específicas em meio aquático da população atendida pela CERC Lisboa, sendo um documento interno utilizado na instituição. A escala está organizada em cinco domínios – entrada na água, saída da água, adaptação ao meio aquático, controlo respiratório e estilos de natação – que incluem 12 itens:

- O domínio *Entrada na água* compreende os itens 51 e 52, onde se pretende avaliar as entradas na água diretas e os saltos para a água, respetivamente; o item 51 é cotado de 0 a 8, assinalando-se o nível de desempenho mais elevado do/a cliente enquanto o item 52 só deve ser cotado se a pontuação do item 51 for superior a 5; caso este critério não se verifique deve ser cotado o 0 (zero);
- O domínio *Saída da água* engloba um único item que procura definir os apoios que o cliente utiliza na saída da piscina (e.g.: saída autónoma pelas escadas da piscina com recurso aos corrimões, saída autónoma pela berma da piscina, saída com apoio ou transporte do terapeuta). A cotação deste item consiste em assinalar o nível do desempenho do cliente (de 0 a 2);
- O domínio *Adaptação ao meio aquático* inclui itens que avaliam o conforto e bem-estar na água (item 54), equilíbrio em meio aquático (item 55) e capacidade de imersão (item 56). O primeiro item apresenta uma cotação dicotómica de ‘sim’ e ‘não’ correspondentes a 0 e 1, respetivamente, assinalando-se todas as respostas. Nos itens 55 e 56 assinala-se o nível mais elevado que pode ser cotado de 0 a 14 e de 0 a 7, respetivamente;
- O domínio *Controlo respiratório* organiza-se em três itens que avaliam a inspiração, expiração e apneia; fatigabilidade; e propulsão. O item correspondente à inspiração (item 57), expiração e apneia é cotado de 0 a 11, assinalando o nível mais elevado do cliente. O item 58 avalia a fatigabilidade do cliente e recebe a cotação de 0, 1 e 2 em função da frequência (F – frequentemente, O – ocasionalmente, N – nunca, respetivamente) com que o cliente realiza as alíneas. O item 59 avalia a capacidade de propulsão do cliente e cota-se de 0 a 12, assinalando o nível mais elevado do melhor do/a cliente; e, por fim
- O domínio *Estilos de natação* é constituído por quatro itens correspondentes a movimentos fundamentais das técnicas de crawl (item 60), costas (item 61), bruços (item 62) e mariposa (item 63). Todos os itens deste subdomínio assumem uma cotação dicotómica, em que ‘sim’ corresponde a 1 e ‘não’ corresponde a 0. O total corresponde ao somatório individual dos itens (51 a 63).

Grelha de Observação Psicomotora

Esta grelha de observação, tal como referido anteriormente, foi um instrumento criado pela estagiária como forma de colmatar a falta de instrumentos institucionais que se focassem na avaliação dos clientes nas sessões de atividade motora em contexto de

ginásio. A Grelha de Observação Psicomotora (GOP) é constituída por 78 itens, organizados em 12 domínios que avaliam as competências psicomotoras e sociais, funcionamento cognitivo e ainda aspetos relacionados com a participação e autonomia do cliente especificamente nas sessões de atividade motora.

A GOP avalia os seguintes fatores psicomotores: equilíbrio dinâmico, coordenação motora, coordenação oculomanual e oculopodal, preensão e manipulação de objetos, amplitude e mobilidade articular, noção corporal, lateralidade, organização no espaço e no tempo, funcionamento cognitivo, assertividade, interação com os pares e com os técnicos, e participação e autonomia. A seleção dos itens da GOP procurou, por um lado, avaliar alguns aspetos do funcionamento motor, social e cognitivo do indivíduo que não tinham sido avaliados pelos outros instrumentos utilizados e, por outro, considerar competências funcionais e adaptativas com impacto nos diferentes contextos de vida do cliente (e.g.: CTVAA, lar residencial, comunidade).

Para além dos itens associados aos fatores psicomotores, é interessante, particularmente para o J., incluir um domínio de amplitude e mobilidade articular, uma vez que são aspetos pouco desenvolvidos no cliente e que condicionam o seu desempenho nas sessões de psicomotricidade em ginásio e no meio aquático. Por outro lado, e considerando as competências e dificuldades do cliente, o domínio do funcionamento cognitivo inclui itens que avaliavam sobretudo o processamento cognitivo que está na origem das respostas motoras (e.g.: compreender instruções com uma ou mais ações, realizar ações simples e/ou complexas, dissociar as ações numa mesma tarefa, manter a atenção na tarefa, verbalizar a sequência de atividades realizadas na sessão).

Por fim, os domínios de assertividade, de interação com os pares e com o técnico, e de participação e autonomia, que refletem um conjunto de comportamentos que se adequam à adaptação da vida em comunidade, como pedir desculpa, agradecer e pedir por favor, manter comportamentos adequados à situação, esperar a sua vez, cumprir as normas implícitas num diálogo (e.g.: gestão da proxémia e contacto visual adequados), entre outros. Por observação e intervenção diretas, o cliente manifesta algumas dificuldades em alguns destes comportamentos, daí a pertinência da avaliação destes parâmetros.

Os itens são cotados em função dos apoios necessários para o cliente realizar as tarefas propostas, de acordo com uma chave com quatro pontos, em que 0 (sem apoios) indica que o cliente realiza a tarefa de forma independente e autónoma, 1 (apoio mínimo) indica que o cliente necessita de pequenos reforços corretivos verbais e gestuais para

realizar a tarefa proposta, 2 (apoio moderado) refere-se à necessidade de reforços verbais (e.g.: repetição da instrução, questionamento, reforços e correções verbais) frequentes no decorrer da tarefa, e 3 (apoio máximo/total) associado a uma maior intensidade de apoio físico do técnico para que o cliente realize a tarefa (e.g.: mobilização completa dos segmentos corporais). Com efeito, o somatório final próximo de zero corresponde a um perfil de funcionamento ótimo.

A chave de cotação deste instrumento foi pensada no seguimento do novo paradigma e concetualização da DID que destaca os apoios (Schalock et al., 2010; Schalock et al., 2012) enquanto recursos e estratégias para a independência e autonomia no acesso a vários contextos de vida em função dos interesses do indivíduo (Luckasson & Schalock, 2012). Por outro lado, a CERCI Lisboa define e avalia os objetivos de intervenção individuais com base no tipo (e.g.: apoio verbal e físico) e intensidade (e.g.: sem apoio, com apoio mínimo, moderado e total) de apoios dos/as clientes e, portanto, fazia sentido adotar esta dinâmica. Terminada a caracterização dos instrumentos utilizados, importa contextualizar os procedimentos e as condições de aplicação ao longo do processo avaliativo.

Procedimentos e condições de aplicação

Antes da intervenção com o J. propriamente dita, e numa fase inicial, procedeu-se ao contacto com a família, no presente caso, com o irmão de J. uma vez é o responsável por todos os aspetos que envolvem este cliente. Seguiu-se a elaboração e envio do consentimento informado (Anexo A) de modo a informar a família do âmbito e contextualização da intervenção – objetivos e etapas, bem como assegurar a privacidade e anonimato do cliente ao longo do processo. Depois do consentimento autorizado e devidamente assinado (pelo irmão e pelo próprio J.), a estagiária iniciou o processo de recolha de informação sobre o cliente de modo a conhecer o cliente de uma forma holística e planear a intervenção e os apoios específicos para este cliente.

A informação foi recolhida predominantemente através de observação direta, questionamento e conversa direta com o cliente, havendo ainda necessidade de consultar documentos internos da instituição, como o dossier individual de J. onde consta uma breve caracterização do cliente e do agregado familiar, historial clínico, percurso escolar e institucional, entre outras informações relevantes; projetos de vida anteriores (aspetos relevantes, necessidades e expectativas); documentos informais anexos ao dossier de J. (e.g.: notas sobre o processo transitório do CAO Espaço da Luz para o CTVA, fichas de avaliação temáticas – modalidades desportivas como futsal, andebol,

voleibol, entre outras – provenientes do CAO Espaço da Luz); e certificados de participação em atividades lúdicas abertas à comunidade.

Todos estes documentos forneceram informação útil para o preenchimento da ECAP (Santos e Morato, 2004) na avaliação inicial, contribuindo para uma visão holística do J., das suas necessidades, interesses e expetativas tendo sido preenchida pela estagiária em colaboração com a psicóloga e a responsável da sala que J. integra no centro. A Escala de Avaliação em Meio Aquático foi preenchida, em conjunto com as orientadoras locais, de acordo com a informação recolhida durante a observação e intervenção direta com o cliente, ao longo das sessões de atividade em meio aquático na piscina do CDCV, e a duração média de cada aplicação foi de 40 minutos. A aplicação desta escala, antes e depois do programa de intervenção, demorou em média 40 minutos, tendo a mesma sido da responsabilidade da estagiária. O tratamento dos dados e resultados obtidos foi feita através da análise qualitativa que complementou a quantitativa.

O Programa de Intervenção Psicomotora

... da Avaliação Inicial

De acordo com os valores iniciais, obtidos ao nível da avaliação do comportamento adaptativo, o J. parece apresentar um bom perfil adaptativo, apresentando valores elevados no domínio da *autonomia*, destacando-se os subdomínios da alimentação, vestir e despir, e aparência. Por outro lado, o cliente mostrou-se pouco atento a pormenores relacionado com os cuidados com o vestuário (limpeza dos sapatos e falta de botões, buracos e/ou remendos da roupa). A necessidade de supervisão e/ou apoio verbal em algumas tarefas (e.g.: preparar e tomar banho, e higiene oral) e a não realização de outras (e.g.: sentido de orientação, deslocação em transportes e mobilidade) prende-se com um conjunto de fatores, nomeadamente dificuldades derivadas do quadro de epilepsia, tal como referido anteriormente, o possível impacto do avanço da idade e ainda a falta de treino de algumas competências como escolher refeições completas num restaurante, utilizar máquinas de lavar/secar roupa sem ajuda e apertar os atacadores sem ajuda.

No que diz respeito ao domínio de *desenvolvimento físico*, J. não mostrou dificuldades resultantes do desenvolvimento sensorial e motor, apenas não conseguindo manter-se em bicos dos pés durante 10s, quando solicitado, mas sem relevância ao nível da sua funcionalidade e comportamento adaptativo. No domínio *atividade económica*, J.

obteve baixa cotação em grande parte dos subdomínios, uma vez que não tem acesso a dinheiro (e.g.: a pequena quantidade de dinheiro que tem em sua posse serve apenas para comprar o jornal e pagar o café na máquina automática do CTVAA), cartão de multibanco, compras, gestão de contas bancárias, entre outros, estando estes aspetos à responsabilidade do seu irmão.

J. não mostrou dificuldades significativas ao nível do *desenvolvimento da linguagem*, destacando-se, no entanto, alguns bloqueios, hesitações ou outras interrupções irregulares na produção oral e a troca de algumas letras na produção escrita. Todos os outros itens deste domínio foram cotados com a pontuação máxima. O J. também não mostrou dificuldades significativas no domínio *números e tempo*, sendo capaz de reconhecer e indicar as horas com precisão em relógios analógicos e digitais, associar as horas a ações ou acontecimentos, reconhecer e distinguir unidades de tempo (segundo, minuto, hora, dia, semana, mês, ano), nomear os dias da semana e as estações do ano. O J. é capaz de realizar todas as operações matemáticas (e.g.: “sei a tabuada toda”), exceto a divisão.

O J. mantém o seu quarto limpo e arrumado e faz a cama autonomamente antes de sair do lar residencial. É igualmente autónomo em tarefas como lavar bem os pratos, pôr e levantar a mesa, incluindo guardanapos, pão, entre outros, e ajudar em algumas tarefas domésticas, principalmente quando frequenta a casa de familiares. O J. realiza este tipo de tarefas nos momentos de refeição (pequeno almoço, almoço, lanche e jantar) no refeitório do CTVAA, entre outras como empacotar talheres (tarefa interna do cliente no centro). No entanto, apresenta dificuldades significativas no que se refere à limpeza e tratamento do vestuário, na medida em que não apresenta autonomia para utilizar a máquina de lavar/secar roupa e outros pequenos eletrodomésticos de cozinha, colocar a roupa na máquina ou outros cuidados como separar a sua roupa por cores, estender/apanhar/secar roupa, passar a ferro, entre outros. Todas estas tarefas são asseguradas pela equipa do lar residencial, o que explica a reduzida autonomia do cliente para realizar mais atividades domésticas.

No âmbito da *atividade pré-profissional*, J. realiza pequenos trabalhos simples no centro (e.g.: empacotar talheres no refeitório), mantém o seu local de trabalho organizado e mostra produtividade e empenho nas tarefas que realiza, e.g.: atividades de produção criativa na sala. O J. é pontual, assíduo e completa o seu trabalho sem necessidade de encorajamento constante, acatando as correções e sugestões dos técnicos. No domínio *personalidade*, o J. inicia frequentemente as atividades na sala e nas sessões com a

estagiária, realizando-as com empenho e interesse e sem necessidade de reforço constante. Por vezes, demora mais tempo do que seria esperado na concretização das tarefas, mas denota interesse ativo nos passatempos (e.g.: leitura do jornal, jogos livres na sala e/ou no salão), apesar de não necessitar de ajuda para organizar tarefas e/ou atividades recreativas mais complexas.

O J. é um indivíduo responsável pelos seus objetos pessoais, pelas suas ações e atitudes e ainda no cumprimento de tarefas/atividades propostas e, por isso, obteve cotação máxima no domínio *responsabilidade*. Do ponto de vista da *socIALIZAÇÃO*, J. coopera, tem consideração pelos outros e reconhece a sua existência, participando ativamente e interagindo facilmente com os pares em atividades de grupo, sem necessidade de reforço verbal, de forma espontânea e entusiasta. Por outro lado, não apresenta comportamentos sociais desajustados (e.g.: não recorre a ameaças e violência física, não perturba nem maltrata os pares, não utiliza linguagem agressiva, não perturba as atividades dos pares), apresentando elevada resistência à frustração, apesar de ocasionalmente interromper discussões de grupo abordando temas não relacionados.

Ao nível do domínio *comportamento estereotipado e hiperativo*, por vezes, J. apresenta comportamentos interpessoais inapropriados, como: fala demasiado próximo da cara dos técnicos e colegas, oferece mais beijos e abraços do que é esperado a alguns técnicos/colegas, e verbaliza uma palavra ou frase continuamente (“ah pois”) e necessita que se quebre este registo. O J. não apresenta dificuldades ao nível do *comportamento autoabusivo, comportamento sexual, ajustamento social e comportamento interpessoal perturbado*. Por vezes, apresenta uma expressão fixa que pode resultar de fadiga ou problemas pessoais.

Considerando os valores iniciais resultantes da avaliação psicomotora em contexto de ginásio, o J. realiza grande parte das tarefas sem apoio, necessitando de apoio mínimo em poucas situações e ainda, pontualmente, apoio moderado. No domínio do *equilíbrio dinâmico*, o cliente necessita de apoio físico moderado (e.g.: dar a mão ao longo do percurso), na caminhada em cima do banco sueco, como forma de assegurar a segurança e diminuir as oscilações posturais durante a tarefa. Por outro lado, durante a atividade de equilíbrio dinâmico em cima de uma linha no solo, o J. fixa a linha no solo e mostra dificuldades no controlo postural com oscilações e desvios frequentes na trajetória dos passos, dificultando a marcha em linha reta. O cliente realiza as outras formas de caminhada (em bicos dos pés e de lado) e salto (a pés juntos, com pés afastados e com

apoio unipodal) apenas com apoio verbal mínimo para reajustar o padrão de marcha e/ou salto, reforço positivo e demonstração da tarefa proposta.

Na *coordenação motora*, o J. sobe e desce escadas com alternância de pés, contorna obstáculos, senta-se e levanta-se sem apoios verbais ou físicos. Por outro lado, do ponto de vista qualitativo do movimento, o cliente tende a realizar movimentos tensos e mecanizados com pouca fluidez e harmonia, ainda que funcionais. O cliente mostra uma boa *coordenação oculomanual e oculopodal* na medida em que realiza lançamentos, dribla, recebe a bola com as mãos e pés, pontapeia e conduz a bola com os pés sem apoios verbais e/ou físicos. No que se refere à *preensão e manipulação de objetos*, o J. não mostra dificuldades na preensão e na transferência de objetos de uma mão para a outra, pelo que não necessita de qualquer tipo de apoio quando realiza tarefas que incluam estas competências.

Ao nível da *amplitude e mobilidade articular*, o cliente tem dificuldades em tarefas de extensibilidade articular e muscular (e.g.: tocar com as mãos nos pés sem dobrar os joelhos, flexão/extensão dos membros, elevação dos braços acima da cabeça, sentar-se com as pernas cruzadas), pelo que necessita de apoio físico mínimo como forma de estimular a amplitude do movimento. O cliente apresenta uma boa *noção do corpo*, na medida em que identifica e nomeia diferentes partes do corpo em si e no outro, com apoio verbal mínimo (e.g.: questionamento, repetição da instrução). Da mesma forma, o J. necessita de apoio verbal mínimo (e.g.: repetição da instrução, questionamento) para reconhecer direita e esquerda em si e no outro.

O J. necessita de apoio verbal (e.g.: questionamento, fragmentação da instrução) nas tarefas correspondentes à *organização no espaço e no tempo*. O cliente manifesta alguma dificuldade na aplicação de conceitos espaciais (frente-trás) a objetos relativamente a si próprio, bem como de objetos face a outros objetos (e.g.: posição da bola relativamente ao arco), necessitando de apoio verbal moderado nestas situações. O cliente distingue distâncias (longe e perto) e é capaz de reconhecer sons rápidos, lentos e ausência destes e expressar através da velocidade que imprime na deslocação pelo espaço, com apoio verbal mínimo. O J. associa passos rápidos/corrida a ritmos mais rápidos e passos mais lentos para ritmos mais intervalados, com apoio verbal mínimo (e.g. verbalizar a diminuição da frequência do som, reforçar passos mais lentos), apesar da lentificação da resposta motora que precede o estímulo sonoro.

Ao nível do *funcionamento cognitivo*, surgem algumas dificuldades associadas ao quadro neurológico do cliente e que resultam em dificuldades na dissociação de ações

numa mesma tarefa (e.g.: saltar para a frente enquanto afasta as pernas), na integração do fim de uma atividade e início de outra com instruções diferentes (e.g.: por vezes, o J. inicia uma nova atividade sem conseguir descentrar a instrução da atividade anterior – J. realiza caminhada em cima da linha no solo e, quando solicitado que salte livremente a pés juntos, o cliente continua a utilizar a linha como referência), necessitando nestes casos de apoio verbal moderado. Do ponto de vista da memória de trabalho, o cliente verbaliza as atividades realizadas ao longo da sessão por iniciativa própria, com apoio verbal mínimo (questionamento) como forma de organizar o pensamento sequencial. Por vezes, diminui o foco na atividade e necessita de apoio verbal mínimo para facilitar a re Chamada da atenção.

Do ponto de vista da *interação com os pares e com o técnico*, e tal como referido anteriormente na ECAP, o J. mostra alguns comportamentos pouco adequados no que diz respeito às normas implícitas num diálogo, nomeadamente, contacto visual evitante, falar demasiado próximo dos técnicos e colegas, oferecer mais beijos e abraços do que é esperado a alguns técnicos/colegas, verbalizar repetidamente palavras ou frases simples (e.g.: “ah pois”), necessitando de apoio verbal para redirecionar o foco da atenção para a tarefa proposta e quebrar o registo repetitivo. Por fim, e tendo em conta os resultados obtidos no domínio da *participação e autonomia*, o J. participa voluntariamente em todas as atividades propostas ao longo da sessão, mostra-se frequentemente empenhado e motivado. Por outro lado, por vezes, mostra sinais de fadiga e distração que podem dificultar a participação das atividades. Adicionalmente, o cliente apresenta autonomia no uso da casa de banho/balneário.

Ao nível da avaliação em meio aquático, e do ponto de vista qualitativo, J. entra e sai autonomamente da piscina pelas escadas de acesso, utilizando os apoios fixos (corrimões). No que diz respeito aos saltos, o cliente realiza entrada de cabeça, partindo da posição de sentado, com apoio físico moderado. Na *adaptação ao meio aquático*, J. não manifesta comportamentos indicadores de desconforto no meio aquático, pelo contrário, mostra preferência por atividades de imersão (e.g.: “golfinhos”). O J. é capaz de passar do equilíbrio vertical para equilíbrio horizontal e vice-versa com apoio verbal moderado, e mostra dificuldades significativas na rotação do corpo em torno do eixo longitudinal bem como instabilidade no equilíbrio dinâmico. No subdomínio da *imersão*, o cliente realiza imersão facial sem sinais de desconforto aparentes, no entanto, as dificuldades na dissociação de duas ações em simultâneo limitam o seu desempenho na realização de imersão com rotação da cabeça.

No *controlo respiratório*, J. submerge satisfatoriamente o rosto e realiza sempre expiração nasal e/ou bucal, manifestando dificuldades nos itens com complexidade superior. No item *fatigabilidade*, o cliente exibe ocasionalmente alguns níveis de fadiga significativos que dificultam a realização da tarefa seguinte e, por vezes, necessita de pausas para recuperar de atividades mais intensas e exigentes do ponto de vista motor. Esta fadiga pode, por vezes, condicionar o controlo respiratório após a imersão facial e/ou apneia. Por fim, o domínio referente aos estilos de natação foi cotado com 0 (zero) pontos nos movimentos fundamentais das técnicas de *crawl*, costas, bruços e mariposa uma vez que J. se encontra numa fase de adaptação ao meio aquático.

...ao Plano de Intervenção

Baseado na observação direta e nos resultados obtidos pelo J., na avaliação inicial, identificaram-se as áreas a promover: autonomia, atividade económica e atividade doméstica, enquanto outros domínios como desenvolvimento físico, desenvolvimento da linguagem, números e tempo, atividade pré-profissional, responsabilidade e as competências interpessoais foram considerados como áreas fortes do perfil adaptativo do cliente.

No que se refere à informação recolhida através de observação direta e avaliação formal em contexto de ginásio, o cliente apresenta maiores dificuldades nos domínios de equilíbrio dinâmico, amplitude e mobilidade articular, organização no tempo e no espaço, e funcionamento cognitivo. Por outro lado, as áreas mais fortes incluem a coordenação oculomanual e oculopodal, apreensão e manipulação de objetos e interação com pares e técnico. Neste contexto, as técnicas da instituição traçaram um objetivo geral para o cliente: realizar as atividades propostas na sessão com apoio físico mínimo. A tabela 6 inclui o objetivo institucional e os objetivos definidos pela estagiária como resultado de observação direta informal e da avaliação inicial formal. Considerando as características individuais do J., as suas necessidades e gostos, importa referir que os objetivos foram definidos em função da funcionalidade e autonomia do cliente tanto no contexto institucional como comunitário, e considerando a sua participação, partilhando as preferências e motivações.

Tabela 6 – Objetivos gerais e específicos na intervenção em contexto de ginásio do J.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Realizar as atividades propostas na sessão com apoio físico mínimo (objetivo institucional).	

Melhorar a organização no tempo e no espaço.	Compreender conceitos espaciais (dentro-fora, frente-trás), com apoio verbal mínimo; Reconhecer as posições dos objetos em relação a si com apoio verbal mínimo; Reconhecer as posições dos objetos em relação ao outro com apoio verbal mínimo.
Aumentar a amplitude articular.	Realizar movimentos mais amplos com os braços e pernas com apoio verbal mínimo e apoio físico moderado; e Realizar movimentos com maior fluidez com apoio físico moderado.
Estimular a realização de dupla tarefa.	Dissociar duas ações na mesma tarefa, com apoio verbal moderado.
Promover a organização do pensamento e da memória de trabalho.	Verbalizar a sequência de atividades realizadas na sessão, com apoio verbal mínimo.

Os resultados da avaliação inicial obtidos pelo J. em meio aquático apontaram para dificuldades ao nível dos saltos para a piscina, equilíbrio no meio aquático, controlo respiratório (inspiração, expiração e apneia) e técnica propulsiva. Por outro lado, as áreas mais fortes incluem entradas e saídas da água, e conforto e bem-estar. Desta forma, no âmbito das sessões de atividade motora, o objetivo definido pelas técnicas da instituição consiste em realizar os exercícios propostos de acordo com a instrução verbal, com apoio físico moderado e apoio verbal mínimo. Os objetivos de intervenção em meio aquático definidos pela estagiária (tabela 7) exploram os interesses e preferências do cliente, para além de considerarem o seu potencial de aprendizagem.

Tabela 7 - Objetivos gerais e específicos na intervenção em meio aquático do J.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Estimular o equilíbrio horizontal.	Realizar deslocamentos em decúbito ventral com apoio físico mínimo; Realizar deslocamentos em decúbito dorsal com apoio físico mínimo; Deslocar-se na posição hidrodinâmica fundamental com apoio verbal mínimo e apoio físico moderado; Flutuar em decúbito dorsal com apoio físico mínimo.
Explorar diferentes tipos de saltos para a água.	Saltar para dentro de água a partir da posição de sentado, com apoio físico mínimo; Realizar mergulho a partir do cais com o joelho e o pé apoiados, com apoio verbal e físico moderados.
Melhorar o controlo respiratório.	Realizar expiração com rosto em contacto com a água, com apoio verbal moderado; Realizar inspiração e expiração associadas à técnica propulsiva, com apoio verbal moderado.
Potenciar movimento propulsivo membros inferiores.	Realizar batimento alternado das pernas com apoio verbal moderado.
Promover a rotação dos membros superiores.	Realizar rotação dos membros superiores associada à técnica propulsiva, com apoio verbal e físico moderados.

Com base nesta informação, foi então planificado e implementado o programa psicomotor centrado no J., estando representadas nas tabelas 8 a 10 alguns dos planeamentos concretizados quer em contexto ginásio, quer em meio aquático. O programa teve a duração de seis meses, com sessões bissemanais de 45-50 minutos cada.

As sessões (AM: 27 previstas vs. 20 realizadas, e AMA: 29 previstas vs. 17 realizadas) foram planeadas em função das necessidades, expectativas e potenciais dos/as clientes, no geral, e do J., em particular. Cada sessão estruturou-se em três partes: uma parte *inicial* (5-10 min) que corresponde à rotina de entrada (equipar, preparação do material e conversa inicial) e que objetiva a preparação física e psicológica para as atividades posteriormente propostas, o *corpo* da sessão propriamente dita (20-25 min) onde se realizam um conjunto de atividades propostas em função dos objetivos previamente delineados para os/as clientes, e termina com uma atividade de *retorno à calma* (5-10 min), onde se privilegia o relaxamento muscular e estado mais calmo do/a cliente, e rotina de saída (arrumação do material, conversa final e desequipar). As atividades propostas e as sessões realizadas seguiram a complexificação crescente e progressiva dos conteúdos, acompanhada pela qualidade do desempenho dos/as clientes nas tarefas.

Numa fase inicial do estágio, as sessões, de caráter mais estruturado, foram, progressivamente, dando lugar a sessões mais flexíveis. A estagiária privilegiou sempre a autonomia e o funcionamento o mais independente possível dos/as clientes, quer nas dinâmicas iniciais e finais de higiene e arranjo pessoal, como nas tarefas propostas ao longo da sessão, havendo, em alguns momentos, espaço para sugestões de atividades por parte dos/as clientes. No âmbito da intervenção em contexto de ginásio, a estagiária criou um circuito de treino adaptado a situações da vida diária, por se verificar que é uma área de intervenção a explorar na população do CTVAA.

Estas sessões foram aplicadas com uma frequência mensal e incluíram exercícios de treino funcional, privilegiando a autonomia na marcha, a força muscular e a amplitude articular, transposição de obstáculos (e.g.: caminhada na rampa e escadas do ginásio; rotação da cabeça, pulsos, ombros, bacia, joelhos e tornozelos; flexão do antebraço e braço com bolas medicinais/pesos/sacos de areia; elevação dos braços acima da cabeça; tocar com as mãos nos pés/solo; sentar no banco sueco e levantar, saltos a pés juntos para dentro e fora do arco e alongamentos com bola; entre outros). As tabelas que se seguem incluem um conjunto de atividades propostas no decorrer das sessões, ainda que não constitua um plano de sessão específico.

Tabela 8 - Exemplo de atividades baseadas no circuito de treino adaptado a situações da vida diária.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividade	Material	T	Critérios de êxito
Promover a força e a mobilidade articular;	Caminhar para a frente em cima do banco sueco com	Os/as clientes realizam exercícios no banco sueco: Sentar no banco, passar as	Banco sueco	20'	Utilizar os braços para avançar no banco;

Aumentar a funcionalidade em ações motoras diárias.	apoio físico moderado e apoio verbal mínimo; Realizar exercícios funcionais com apoio verbal moderado e físico mínimo.	pernas de um lado para o outro e usar os braços para avançar no banco; Sentar/levantar x 10; Caminhar em cima do banco para a frente, para trás e de lado.				Braços em extensão à frente durante o agachamento; Olhar em frente e passos lentos.
	Realizar exercícios com pesos, com apoio verbal mínimo e apoio físico moderado.	Os/as clientes formam uma fila e passam as bolas medicinais para a frente, para trás e de lado. Os/as clientes repetem a atividade com cada bola medicinal.	Bolas medicinais de 1, 2 e 3 kg	10'		Passar a bola para a frente por entre as pernas; Passar a bola para trás por cima da cabeça; Rotação do tronco com os braços em extensão à frente para passar a bola de lado.

Tabela 9 (cont.) - Exemplo de atividades baseadas no circuito de treino adaptado a situações da vida diária.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividade	Material	T	Crítérios de êxito
Desenvolver a coordenação motora global; Estimular a motricidade de grandes grupos musculares.	Transportar obstáculos com apoio mínimo a moderado; Realizar movimentos com os membros superiores sem apoio.	Os/as clientes realizam um percurso com 5 estações: Subir/descer banco sueco; Contornar pinos em marcha/corrida; Flexão-extensão e abdução-adução dos braços com pesos e/ou sacos de areia x 10; Rotação do tronco esq-dir com bola x 10; Saltar pés juntos para dentro/ fora arcos em fila.	Banco sueco, arcos, pesos/sacos de areia, bolas, pinos	20'	Realizar estações pelo menos 1 vez; Braços em extensão não fletir os braços nos movimentos de abdução-adução; Rotação do tronco com pernas imóveis e ligeiramente afastadas; Completar cada série.
Fortalecer os grandes grupos musculares; Promover a força e mobilidade articular.	Realizar exercícios de força, com apoio verbal moderado e apoio físico mínimo.	Os clientes realizam exercícios no espaldar: Subir e descer um nível x10; Caminhar de lado; Elevar alternadamente as pernas com os braços em extensão apoiados no espaldar.	Espaldar	10'	Subir-descer um nível com as mãos apoiadas no espaldar; Mãos no espaldar ao mesmo nível dos ombros; Braços em extensão acima da cabeça e costas a acompanhar o espaldar.
Aumentar amplitude e flexibilidade articular.	Alongar os membros superiores e inferiores com apoio físico moderado.	Os/as clientes alongam os grupos musculares dos membros superiores e inferiores conforme a indicação da estagiária.	Bola	5'	Elevar os braços acima da cabeça; Tocar com a bola nos joelhos/pés, sem dobrar os joelhos;

Realizar movimentos amplos e lentos com os braços

Adicionalmente, foram ainda propostas e desenvolvidas atividades orientadas para os objetivos inicialmente definidos pela estagiária (tabela 9).

Tabela 10 - Exemplo de atividades realizadas em contexto de ginásio em função dos objetivos estabelecidos.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividade	Material	T	CrITÉrios de êxito
Promover a ativação geral da musculatura; Explorar diferentes formas de deslocamento.	Deslocar-se pelo espaço sem apoio; Ser capaz de se equilibrar com apoio mínimo.	Os/as clientes deslocam-se de acordo com as instruções: Caminhar para a frente e rodar os braços para a frente e para trás; Andar com passos grandes, pequenos, andar de lado, para trás, nas pontas dos pés, sobre as linhas do campo; Saltar a pés juntos para a frente e para trás, em apoio unipodal; e Correr.	_____	10'	Sempre em movimento; Cumprir a instrução verbal com apoio verbal e gestual.

Tabela 11 (cont.) - Exemplo de atividades realizadas em contexto de ginásio em função dos objetivos estabelecidos.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividade	Material	T	CrITÉrios de êxito
Promover a ativação geral da musculatura; Desenvolver a noção de ritmo.	Associar um som a uma ação motora com apoio mínimo a moderado.	Os/as clientes deslocam-se ao longo do espaço em função do ritmo a que a técnica toca a pandeireta.	Pandeireta	10'	Passada mais rápida/corrida quando o ritmo é acelerado; Passada mais lenta quando o ritmo é mais intervalado. Parar quando não há som.
Promover a organização no espaço.	Compreender noções espaciais: "dentro de", "fora de", "à frente de", "atrás de", entre outros.	Os/as clientes devem posicionar as bolas em relação aos arcos, conforme pedido pela estagiária. E.g.: colocar a bola dentro/do lado direito/do lado esquerdo/atrás do arco; fazer corresponder a cor da bola ao arco.	Bolas, arcos	10'	Cumprir a instrução com apoio verbal; Associar as cores das bolas aos arcos; Todos os/as clientes participam.
Promover a noção de corpo.	Identificar os segmentos corporais próprio e no outro.	Os/as clientes passam uma bola pelos vários segmentos corporais do/da próprio/a e dos/das colegas, de acordo com a instrução verbal.	Bolas	10'	Atividade em pé e a pares; Realizar movimentos lentos e circulares; Tocar em todos os pontos do segmento nomeado.
Promover a organização do	Verbalizar a sequência de	Os/as clientes verbalizam as atividades que desenvolveram na sessão.	_____	5'	Todos/as os/as clientes

pensamento sequencial e da memória; Melhorar a organização no tempo.	atividades desenvolvidas, com apoio verbal.				participam.
Promover a inatividade e o relaxamento muscular; Estimular o controle respiratório.	Manter-se imóvel e num estado de hipotonia, com apoio moderado; Realizar inspirações e expirações profundas com apoio verbal mínimo.	Os clientes deitam-se nos colchões em posição de DD. A estagiária utiliza pincéis com tamanho e rigidez diferentes para "pincelar" a pele de cada cliente.	Colchões, pinceis	10'	Fechar os olhos (opcional); Braços em extensão ao lado do corpo; Realizar inspirações e expirações profundas.

As estratégias subjacentes às sessões de atividade motora em contexto de ginásio bem como de atividade em meio aquático incluem a demonstração das tarefas propostas acompanhada de instrução verbal simples, apoio físico na realização da tarefa (com maior ou menor intensidade em função das capacidades e dificuldades do/da cliente) e verbal através do reforço positivo e *feedbacks* corretivos.

Após a implementação do plano de intervenção, realizou-se a avaliação final formal através dos instrumentos previamente descritos. A secção que se segue apresenta o confronto entre os resultados obtidos nos dois momentos de avaliação.

Apresentação e Discussão dos Resultados

Depois da implementação do programa, e numa tentativa de analisar o eventual progresso adaptativo, psicomotor e aquático do J., os dois instrumentos descritos anteriormente foram novamente aplicados e sob as mesmas condições: a ECAP foi respondida pela estagiária, psicóloga e responsável de sala, e a escala de avaliação em meio aquático pela própria estagiária. Os resultados obtidos, que dizem respeito à ECAP, grelha de observação psicomotora e EAMA respetivamente, nas duas avaliações com ambas as escalas, são apresentados nas tabelas 12 a 14.

Tabela 12 - Resultados quantitativos da avaliação inicial e final através da ECAP (Santos & Morato, 2004).

Domínios da ECAP		Avaliação Inicial	Pontuação Bruta Máxima	Avaliação Final
Primeira Parte	Autonomia	104	130	104
	Desenvolvimento Físico	37	38	37
	Atividade Económica	10	29	10
	Desenvolvimento da Linguagem	48	50	48
	Números e Tempo	19	20	19
	Atividade Doméstica	14	25	14

Segunda Parte	Atividade Pré-profissional	10	11	10
	Personalidade	20	22	20
	Responsabilidade	11	11	11
	Socialização	25	27	25
	Comportamento Social	0	0	0
	Conformidade	1	0	1
	Merecedor de Confiança	0	0	0
	Comportamento Estereotipado e Hiperativo	4	0	4
	Comportamento Sexual	1	0	1
	Comportamento Autoabusivo	0	0	0
	Ajustamento Social	1	0	1
	Comportamento Interpessoal Perturbado	0	0	0
	Item Suplementar: Medicação Psicoativa	4	0	4

Tal como se constata pela análise dos resultados, de um modo geral, não se verificaram alterações do ponto de vista quantitativo entre os dois momentos de avaliação, tal como expectável dada a reduzida duração do programa e a abrangência dos domínios. Além disso, considerando os largos anos de institucionalização do cliente, a par com as dificuldades que decorrem do seu quadro clínico, é expectável que o seu perfil adaptativo não sofra alterações significativas aquando da avaliação final da ECAP (Santos & Morato, 2004).

O domínio da *autonomia* destaca-se como o que apresenta resultados mais distantes do valor máximo, apesar do bom nível de desempenho, o que pode estar relacionado com os fatores contextuais, como a institucionalização (Bjornsdóttir et al., 2015; Santos, 2014), e falta de oportunidades para colocar em prática competências prático-adaptativas na vida diária (Santos, 2014), nomeadamente ao nível da deslocação e mobilidade (APA, 2013) e *atividade doméstica* (Santos, 2010a; Santos, 2014; Santos & Morato, 2012b). Estes aspetos costumam ser assegurados por outros, como familiares e/ou transportes e serviços de limpeza e lavandaria da CERCI Lisboa. Particularmente em relação à autonomia no uso de transportes públicos, o J. foi perdendo gradualmente esta competência com o agravamento do seu quadro clínico e aumento de um dos sintomas da epilepsia (e.g.: ausências – Engel, 2001, 2006; Fisher et al., 2017; Panayiotopoulos, 2011).

O *desenvolvimento físico, desenvolvimento da linguagem, números e tempo e atividade pré-profissional* continuam a ser áreas mais fortes no cliente, o que parece corroborar a literatura na medida em que pessoas com um nível mais ligeiro de DID podem deter um perfil idêntico aos seus pares típicos nestes domínios (APA, 2013). A literatura refere dificuldades na codificação de palavras e compreensão do significado (Danielsson et al., 2012; Drew & Hardman, 2007) com impacto nos processos de leitura e escrita (Santos, 2014; Santos & Morato, 2016) e no reconhecimento, codificação e

processamento de símbolos com repercussões na aprendizagem de processos matemáticos (Santos & Morato, 2012b) na população com DID. No entanto, estas dificuldades não se verificam no caso do J., uma vez que, ao nível da leitura e escrita, redige textos e/ou histórias compreensíveis, constrói frases relativamente estruturadas (sujeito, verbo, predicado), e ao nível dos processos matemáticos, realiza operações matemáticas (adições, subtrações e multiplicações – sabe a tabuada) e compreende conceitos numéricos.

Apesar de a literatura apontar comportamentos desajustados (e.g.: estereotípias, sexuais, autoabusivos, agressividade dirigida a outros e/ou propriedade/objetos – Santos e Morato, 2012b; Silva, Veríssimo, Carneiro, Félix & Santos, 2018) como comuns neste grupo populacional e que podem repercutir-se na adaptação aos diferentes contextos (e.g.: de Bilt Serra et al., 2005; Van Nieuwenhuijzen et al., 2004), o mesmo não se verifica no J., na medida em que apresenta comportamentos sociais ajustados ao contexto e na relação com o outro.

A tabela 13 confronta os resultados da avaliação do cliente através da grelha de observação psicomotora. Destacam-se os domínios *coordenação motora*, *amplitude e mobilidade articular*, *organização no espaço e no tempo*, *interação com os pares*, *interação com o técnico* e *participação e autonomia* com melhor cotação comparativamente ao momento inicial de avaliação – é de lembrar que uma menor cotação corresponde a uma menor necessidade de apoios. Os restantes domínios retratam uma estabilização nas competências do cliente.

Tabela 13 - Resultados quantitativos da avaliação inicial e final através grelha de observação psicomotora produzida pela estagiária.

Domínios	Avaliação Inicial	Pontuação Bruta Máxima	Avaliação Final
Equilíbrio dinâmico	8	0	8
Coordenação motora	4	0	3
Coordenação oculomanual e oculopodal	0	0	0
Preensão e manipulação de objetos	0	0	0
Amplitude e mobilidade articular	7	0	5
Noção corporal	5	0	5
Lateralidade	3	0	3
Organização no espaço e no tempo	8	0	6
Funcionamento cognitivo	9	0	9
Assertividade	2	0	2
Interação com os pares	3	0	2
Interação com o técnico	3	0	2
Participação e autonomia	4	0	3

Do ponto de vista motor, o J. caminha, salta e corre de uma forma funcional, no entanto as suas maiores dificuldades recaem ao nível do equilíbrio dinâmico sobre o

banco sueco e/ou linha no solo, realizando estas tarefas com apoio verbal e físico moderado. De um modo geral, o cliente apresenta dificuldades ao nível do controlo postural (Antunes & Santos, 2015; Cleaver et al., 2009; Vuijk et al., 2010) quando caminha em cima do banco sueco e sobre a linha colocada no chão em linha reta e com mudanças de direção, o que condiciona o seu desempenho em tarefas de *equilíbrio dinâmico* (Lahtinen et al., 2007; Vjuik et al., 2010), apesar de não se verificarem repercussões na qualidade da marcha e locomoção, contrariamente ao que alguns autores descrevem na literatura (e.g.: Liu et al., 2014; Vjuik et al., 2010; Zikl et al., 2013).

O cliente continua a mostrar uma boa *coordenação oculomanual e oculopodal* na medida em que realiza lançamentos, dribla, recebe a bola com as mãos e pés, pontapeia e conduz a bola com os pés sem apoios verbais e/ou físicos. A literatura (e.g.: Wuang et al., 2008) sugere dificuldades na praxia fina enquanto o fator com maior complexidade do sistema psicomotor, nomeadamente ao nível da *manipulação de objetos* (Wilmot et al., 2013), da destreza manual e da preensão mais fina dos mesmos (Vjuik et al., 2010). No caso do J., estas dificuldades não se verificam uma vez que o cliente realiza preensão de objetos pequenos (e.g. material de escrita), transferência de objetos de uma mão para a outra com cruzamento da linha média do corpo, preensão palmar e em pinça sem apoio.

Relativamente à *amplitude e mobilidade articular*, o cliente apresenta pouca flexibilidade nos membros inferiores (flexão-extensão das pernas na posição de sentado) e superiores (elevar os braços acima da cabeça, e realiza movimento pouco amplos e muito rápidos, apesar das correções verbais e, por vezes, mobilização física). No entanto, realiza abdução das pernas formando um ângulo de 90º na posição de sentado e senta-se com as pernas fletidas (sentar “à chinês”), sem apoio físico ou verbal.

Nas tarefas de *noção corporal*, observaram-se maiores dificuldades na identificação e nomeação de segmentos corporais no outro, associada ao reconhecimento de direita-esquerda no outro (e.g. apontar para o braço direito, ombro esquerdo, joelho direito, pé esquerdo) (Emck et al., 2012; Santos, 2010a; Silvia & Ofelia, 2013). O J. toca e mobiliza o membro antes de o nomear e apresenta maiores dificuldades na distinção perna-pé tal como em segmentos corporais mais específicos (e.g. cotovelo e ombro). O J. apresenta *lateralidade* manual e podal definida (direita em ambos), ao contrário do que alguns autores referem (Carrier et al., 2006; Carmeli et al., 2008; Gérard-Desplanches et al., 2006; Vjuik et al., 2010), no entanto, apresenta algumas dificuldades no reconhecimento direita-esquerda (Santos, 2014; Santos & Morato, 2012b), necessitando de apoio verbal.

No domínio da *organização no tempo e no espaço*, o J. reconhece as posições dos objetos em relação a si e vice-versa (e.g. à frente-atrás, dentro-fora, em cima-em baixo), e identifica relações espaciais em relação ao outro com apoio verbal mínimo. Ainda assim, manifesta maiores dificuldades em estabelecer relações espaciais entre objetos, o que implica uma maior capacidade de abstração (Sgaramella et al., 2012). O J. continua a associar passos rápidos/corrida a ritmos mais rápidos e passos mais lentos para ritmos mais intervalados, com apoio verbal mínimo (e.g. verbalizar a diminuição da frequência do som, reforçar passos mais lentos), apesar da lentificação da resposta motora que precede o estímulo sonoro.

Ao nível do *funcionamento cognitivo*, não se verificam alterações entre os dois momentos de avaliação. O cliente necessita de apoio moderado na dissociação de ações na mesma tarefa e realização de uma tarefa com duas ou mais ações diferentes (em simultâneo – Jankowicz-Szymanska et al., 2012; Martin et al., 2010), por conta de dificuldades que se manifestam ao nível da descodificação e interpretação das instruções, e planeamento e resolução das tarefas (Danielsson et al., 2012). Por outro lado, o J. não mostra dificuldades na compreensão e resolução de tarefas simples (com uma ação). Ainda neste domínio, o cliente mantém o foco na tarefa com apoio mínimo (pontual), ainda que a literatura aponte dificuldades ao nível da memória de trabalho, inibição e controlo inibitório (Borella et al., 2010; Kirk et al., 2015) que condicionam a capacidade de manter o foco na tarefa (Javan et al., 2014; Tavares et al., 2007) recomendando mais tempo e mais repetições durante o processo de aprendizagem, desenvolvimento e chamada de informação, sendo aquelas as estratégias prevalentes durante a intervenção.

Ao nível da *interação com os pares e com o técnico*, o J. realiza uma melhor gestão da proximidade e do contacto visual durante a conversa com o outro, com apoio verbal mínimo (e.g.: indicação verbal da proximidade), compatível com as dificuldades no comportamento social enumeradas na literatura (APA, 2013; Fisher et al., 2011; Morisse et al., 2013). Os comportamentos afetivos descontextualizados dirigidos ao técnico diminuíram, ligeiramente, ao longo do tempo, tendo sido um ponto positivo. No domínio socioemocional, destaca-se de facto uma rede de suporte social reduzida do J. e restrita maioritariamente a familiares, funcionários/as e técnicos/as, e outros/as clientes (APA, 2013; Fisher et al., 2011; Morisse et al., 2013). Por fim, no que se refere ao domínio *participação e autonomia*, o J. tem necessitado de menor apoio na realização de atividades no meio terrestre e no meio aquático, tendo sido suficiente a demonstração, *feedbacks* gestuais e apoio verbal com maior frequência. De um modo geral, e na

intervenção em contexto de ginásio, os objetivos estabelecidos para o J. foram atingidos, à exceção dos específicos sobre o reconhecimento da posição dos objetos em relação ao outro com apoio verbal mínimo e a realização de movimentos com maior fluidez com apoio físico moderado, tendo sido parcialmente atingidos, dado o cliente precisar de maior apoio neste tipo de tarefas.

Seguem-se (tabela 14) os valores resultantes da avaliação das competências aquáticas através da EAMA, nos dois momentos de avaliação. De acordo com a análise dos resultados da aplicação da EAMA, o J. apresenta ligeiras melhorias ao nível dos saltos para dentro de água, equilíbrio em meio aquático, imersão, propulsão e movimento fundamental da técnica de costas. O cliente realiza entrada de cabeça com um joelho e um pé apoiados no cais da piscina, com os braços em extensão à frente. J. necessita de apoio verbal mínimo para corrigir ou relembrar a postura correta.

Do ponto de vista qualitativo, observam-se ainda melhorias na transição de equilíbrio horizontal para vertical e vice-versa, conseguindo o cliente realizar deslize em decúbito ventral e interromper a tarefa, colocando-se em pé, sem apoio verbal ou físico por conta de uma estratégia acordada com a estagiária (deslizar e contar lentamente até cinco antes de se colocar em pé). Além disso, e do ponto de vista qualitativo, o J. apresenta melhor alongamento corporal na posição de decúbito ventral (e.g.: deslize) com os membros superiores e inferiores mais estendidos ainda que realize um rolamento ligeiro do tronco na atividade de deslize à superfície.

No que diz respeito à imersão, o cliente mergulha e imerge (e.g.: “golfinhos”), tocando no fundo da piscina com as mãos, ainda que o movimento não seja harmonioso e se verifiquem dificuldades no movimento ascendente.

Tabela 14 - Resultados quantitativos da avaliação inicial e final da EAMA.

Domínios	Itens	Avaliação Inicial	Pontuação Máxima	Avaliação Final
A - Entrada na água	51. Entradas na água diretas.	7	7	7
	52. Saltos.	2	6	3
B - Saída da água	53. Saídas da água.	2	2	2
C - Adaptação ao meio aquático	54. Conforto e bem-estar na água.	11	11	11
	55. Equilíbrio em meio aquático.	11	14	12
	56. Imersão.	5	6	6
D - Controlo respiratório	57. Inspiração, expiração e apneia.	6	11	6
	58. Fatigabilidade.	3	6	3
	59. Propulsão.	7	12	9
E - Estilos de natação	60. Movimentos fundamentais <i>crawl</i> .	0	13	0
	61. Movimentos fundamentais costas	0	7	1
	62. Movimentos fundamentais bruços	0	12	0
	63. Movimentos fundamentais mariposa	0	6	0
TOTAL		55	113	60

Ao nível da *propulsão*, J. realiza movimentos de braços alternados com flutuadores (e.g.: prancha e rolo) acompanhados de respiração frontal com apoio verbal mínimo. No entanto, apresenta dificuldade na coordenação do movimento propulsivo das pernas e movimento rotativo dos braços em simultâneo, tendendo a anular um movimento em detrimento do outro, justificando uma cotação baixa (um) nos *estilos de natação*. No domínio relativo ao *movimento fundamental da técnica de costas*, o J. mantém a cabeça sempre na mesma posição durante o movimento do tronco e do movimento propulsivo rudimentar das pernas, geralmente, com a cabeça ligeiramente fletida e elevada na água, com tendência para olhar para os pés.

J. entra e sai autonomamente da piscina pelas escadas de acesso, utilizando os apoios fixos (corrimões). Na *adaptação ao meio aquático*, J. não manifesta comportamentos indicadores de desconforto no meio aquático, pelo contrário, continua a mostrar preferência por atividades de imersão (e.g.: “golfinhos”, mergulhar por entre as pernas dos/as colegas).

No *controlo respiratório*, J. submerge satisfatoriamente o rosto e realiza sempre expiração nasal e/ou bucal, manifestando dificuldades nos itens com complexidade superior. O cliente continua a exibir ocasionalmente alguns níveis de fadiga que dificultam a realização da tarefa seguinte necessitando, pontualmente, de pausas para recuperar de atividades mais intensas e exigentes do ponto de vista motor. Esta fadiga pode, por vezes, condicionar o controlo respiratório após a imersão facial e/ou apneia. A literatura atribui maior segurança no meio aquático possibilitando imersões progressivas, à qualidade do controlo respiratório (Fonseca, 1976; Potel, 1999; Núñez & Berruezo, 2002 cit. in Matias, 2005). Embora o J. apresente dificuldades na coordenação da respiração associada à rotação da cabeça e à propulsão, realiza expiração bucal e nasal em ciclos curtos e frequentes, com apoio verbal mínimo.

Estas melhorias nas competências aquáticas ao nível da qualidade do salto para dentro de água, imersão e propulsão parecem ser consistentes com os estudos de Jardim & Santos (2016) e Leitão & Santos (2017) que registaram melhorias no desempenho dos/as participantes nos domínios da flutuação, respiração e movimentos ativos depois da intervenção em meio aquático.

Os objetivos terapêuticos traçados para as sessões de AMA foram igualmente atingidos. O J. apresentou melhorias ao nível dos deslocamentos horizontais, controlo respiratório, saltos para a água, movimentos propulsivos, ainda que se verifiquem dificuldades na realização de duas ações motoras em simultâneo, comprometendo o

desempenho nas técnicas de nado. Nos restantes domínios avaliados pela EAMA e ainda que os resultados quantitativos apontem para a estagnação das competências aquáticas, na prática, observou-se uma melhoria qualitativa do desempenho do cliente, sobretudo nos deslocamentos na posição hidrodinâmica fundamental, na flutuação em decúbito dorsal, rotação dos membros superiores associados ao movimento propulsivo das pernas, estando estes objetivos parcialmente atingidos.

O presente relatório foca o trabalho desenvolvido com o caso – o J. –, no entanto, as sessões foram sempre realizadas em grupos previamente definidos. Todo o processo de intervenção foi planeado em função do caso selecionado pela estagiária, mas sempre considerando fatores como a quantidade de clientes, alguma heterogeneidade inerente aos grupos, e a individualidade dos/as restantes clientes que compunham os grupos de intervenção, e que influenciaram as dinâmicas e atividades selecionadas, o tempo de realização de cada atividade atendendo ao número de participantes, os materiais disponíveis e a organização em função do espaço utilizado. Desta forma, muitas vezes, surgiu a necessidade de adaptar a mesma atividade em função das necessidades, potenciais e expectativas de cada cliente e/ou criar variantes da mesma atividade para cada um dos casos.

A intervenção revelou-se eficaz, na medida em que se atingiram grande parte dos objetivos propostos para o estudo de caso, em particular, e para os/as restantes clientes com os/as quais se interveio, no geral, ainda que não seja possível quantificar, em percentagem, os objetivos em que se atingiu o sucesso.

Por outro lado, apesar de se reconhecer a importância da continuidade no trabalho desenvolvido com os/as clientes, importa reforçar o pensamento crítico na intervenção com este grupo populacional e recomenda-se a urgência em repensar a intervenção em função das necessidades, potenciais, expectativas e interesses dos/as clientes e respetivas famílias, na procura da excelência e sucesso da e na intervenção.

Ao longo do ano letivo, a estagiária teve oportunidade de participar em outros eventos que apesar de não previstos e integrados nas atividades de estágio, permitiu o contacto com os clientes em contextos diferentes e de carácter mais recreativo (vs. terapêutico) pelo que seguida serão resumidos.

Atividades complementares

No âmbito do estágio, e além da intervenção nas sessões de atividade motora e em meio aquático, a estagiária teve oportunidade de observar e participar em outras atividades

como a expressão dramática, expressão plástica, a dança, o grupo Bombarte, a fisioterapia, as sessões de movimento, o *snoezelen*, as sessões de estimulação e sessões no tanque terapêutico (GO fit Olivais). As últimas quatro atividades são realizadas pelas terapeutas ocupacionais do centro. No que diz respeito às atividades dinamizadas na comunidade, a estagiária participou nas seguintes:

- **Encontro Comemorativo do Dia Internacional da Pessoa com Deficiência:** no dia 3 de dezembro de 2018, cinco clientes do CTVAA realizaram atividades desportivas (jogos tradicionais, treino funcional, *boccia*, ténis de mesa, futebol, dança, basquetebol) organizadas por estações, e dinamizadas por alunos/as do CEFAD, no ginásio do CTVAA. A estagiária acompanhou o grupo de clientes ao longo das estações e participou em algumas atividades, clarificando as instruções fornecidas pelos/as formandos/as e contribuindo com *feedbacks* corretivos e reforço positivo ao longo das atividades;
- **Festa de Natal da CERC Lisboa:** no dia 18 de dezembro de 2018, entre as 15h e as 18h, decorreu a festa de Natal da CERC Lisboa no Colégio São João de Brito (Lumiar), contando com a participação de grande parte dos/as clientes do CTVAA, CAO Espaço da Luz e CAO Olivais e técnicos/as. Os/as clientes apresentaram peças de teatro alusivas ao Carnaval (peça “A Bela e o Monstro”, “Charco dos Cisnes”, entre outras), dirigidas e coreografadas por técnicos/as dos três CAO. A estagiária desempenhou as seguintes funções, em colaboração com outros/as técnicos/as: apoio na logística inerente ao transporte de todos/as os/as clientes e técnicos/as no percurso CTVAA-Colégio (e.g.: direcionar os/as clientes para as carrinhas da instituição), apoio na pausa para lanche (e.g.: dar lanches aos/as clientes, direcioná-los de volta aos respetivos lugares) e apoio nas idas à casa de banho;
- **Encontro com os/as formandos/as do CEFAD:** no dia 24 de outubro de 2019, oito clientes do CTVAA receberam os/as formandos/as do curso técnico especial em exercício físico do CEFAD, no ginásio da instituição. A atividade decorreu no período da manhã e, durante duas horas, e os/as formandos/as dinamizaram jogos tradicionais (jogo da raposa), jogo de futebol e duas coreografias de dança. Ao longo do encontro, a estagiária deu *feedbacks* corretivos e reforço positivo aos/as clientes, ao mesmo tempo que participou em algumas atividades;
- **Encontro Intercentros Stand-Up Paddle:** no dia 17 de janeiro de 2019, pelas 11h, 10 clientes da CERC Lisboa (três de CAO Espaço da Luz, três do CAO Olivais e quatro do CTVAA), acompanhados/as por sete técnicas (quatro psicomotricistas, estagiária

de licenciatura e estagiária de mestrado) deslocaram-se à Piscina Municipal Noronha Feio (Barcarena) para uma atividade de *stand-up paddle* organizada pela CERCIOEIRAS. No tanque, enquanto realizavam jogos livres com bolas e outros materiais disponíveis, os/as clientes aguardavam a sua vez para realizar a atividade de *stand-up paddle* na piscina com maior profundidade. No final da atividade, a estagiária teve oportunidade de experimentar o *stand-up paddle*. A estagiária acompanhou os/as clientes ao longo das atividades no tanque e na piscina, gerindo o comportamento e ordem de participação dos/as clientes na atividade proposta, reforços positivos e corretivos frequentes, bem como apoio verbal nas autonomias do balneário (arranjo pessoal), almoços e idas à casa de banho;

- **Festa de encerramento do 1º turno do Programa de Natação Curricular às Unidades de Apoio Especializado promovida pela Câmara Municipal de Lisboa:** nos dias 21 e 22 de janeiro de 2019, a estagiária participou na festa de encerramento do primeiro turno do Programa de Natação Curricular às Unidades de Apoio Especializado, no Complexo Desportivo do Casal Vistoso, Areeiro (dia 21) e Piscina de Santa Clara, Ameixoeira (dia 22). O programa conta com a colaboração das entidades CERCI Lisboa, Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa (APCL) e Associação de Atividade Motora Adaptada (AAMA), sendo a Câmara Municipal de Lisboa a entidade promotora deste programa. Em ambos os dias, a estagiária deu apoio individualizado a três crianças do género masculino (uma no primeiro dia e duas no segundo dia), mais ou menos extensivo de acordo com a autonomia dos meninos dentro de água, ao longo das atividades propostas: circuito (imersão para apanhar argolas e bastões no fundo da piscina, mergulhar por dentro de arcos), competências aquáticas (batimento de pernas em decúbito dorsal e ventral), jogo de pólo aquático, puzzle com peças do corpo de um menino e uma menina, e coreografia final;
- **Encontro Intercentros de Natação “Nada Lá”:** no dia 24 de janeiro de 2019, 10 clientes da CERCI Lisboa (cinco do CTVAA, dois/duas do CAO Espaço da Luz e três do CAO Olivais) acompanhados por três TR, a estagiária de mestrado e uma estagiária de licenciatura, participaram no torneio “Nada Lá” organizado pela CERCICA, nas Piscinas Municipais de Cascais (Abóboda). A estagiária deu apoio verbal nas autonomias do balneário (e.g. organização do material e arranjo pessoal) e apoio nos almoços e idas à casa de banho;
- **Encontro Intercentros Passeio em Cadeira de Rodas:** no dia 4 de fevereiro de 2019, cinco clientes do CTVAA, acompanhados por cinco técnicas (duas TR, uma

terapeuta ocupacional, duas técnicas de sala e a estagiária), realizaram um passeio em cadeira de rodas organizado pela CERCIPOVOA ao longo do passeio ribeirinho pedonal de Vila Franca de Xira. A estagiária, a par com as restantes técnicas, deu apoio aos/às clientes na entrada e saída da carrinha, percorreu o caminho com um cliente, empurrando a sua cadeira de rodas, e deu apoio nos almoços e idas à casa de banho;

- **Encontro Intercentros de Atletismo:** no dia 13 de fevereiro de 2019, pelas 10h30, nove clientes do CTVAA, acompanhados por três técnicas (estagiária e duas TR), dirigiram-se à pista de atletismo inerente ao Estádio Nacional do Jamor para uma atividade de Atletismo organizada pela CERCIAMA. A atividade consistia numa caminhada inicial pelo estádio (percurso pelas bancadas e tribuna, voltando à pista), atividades de salto em comprimento (duas tentativas por cliente), corrida de 100m (cinco tentativas), lançamento do dardo e do peso, terminando com corrida de 400m (uma volta à pista). No final da atividade, o grupo almoçou no parque do Jamor. Ao longo da atividade, para além do registo fotográfico e em vídeo dos/as clientes nas diferentes provas, a estagiária acompanhou e deu apoio aos/às clientes no que se refere aos reforços positivos e corretivos ao longo das atividades propostas, bem como apoio nos almoços, idas à casa de banho e ao café;
- **Encontro com formandos do CEFAD:** no dia 15 de fevereiro de 2019, pelas 14h, sete clientes do CTVAA, acompanhados por duas técnicas (estagiária e uma TR), dirigiram-se ao CEFAD (Benfica) para participar numa aula preparada pelos/as formandos/as. Os/as clientes foram recebidos/as pela turma de formandos/as e pela formadora responsável pela atividade. Depois da apresentação inicial e da partilha de informações relativamente ao funcionamento da CERCI Lisboa, ofertas que a instituição disponibiliza aos/às clientes e características individuais dos/as participantes, os/as alunos/as prepararam um circuito de treino funcional com estações de lunge com rotação do tronco, equilíbrio no banco sueco, exercícios com corda, agachamento no bosu, prancha e flexão de braços, e ainda dança coreografada. A estagiária acompanhou os/as clientes ao longo das estações, fornecendo apoio aos/às formandos/as no que diz respeito ao conteúdo e forma das instruções, reforço da demonstração, feedbacks positivos e corretivos constantes, e apoio físico quando necessário. A aula terminou com uma atividade de retorno à calma dinamizada por um cliente do CTVAA, contando com a participação de todos/as os/as formandos/as, técnica e estagiária, formadora e clientes;

- **Encontro Intercentros de Natação:** 4 de abril de 2019, 12 clientes da CERCI Lisboa (seis do CTVAA, três do CAO Espaço da Luz e três do CAO Olivais) acompanhados pela estagiária de mestrado, por uma estagiária de licenciatura e três TR, realizaram um encontro intercentros de natação nas Piscinas Municipais da Venda do Pinheiro, organizado pela CERCI Oeiras. A estagiária acompanhou os/as clientes ao longo da atividade, deu apoio verbal nas autonomias do balneário (e.g. organização do material e arranjo pessoal) e ainda apoio nos almoços e idas à casa de banho;
- **Encontro Intercentros de Corfebol:** no dia 8 de abril de 2019, sete clientes da CERCI Lisboa (quatro clientes do CTVAA, dois/duas do CAO Olivais e um/uma do CAO Espaço da Luz) acompanhados por duas TR e a estagiária de mestrado, participaram num encontro intercentros de corfebol, no Pavilhão acácio Rosa (Restelo). A estagiária acompanhou os/as clientes ao longo dos jogos do torneio e prestou apoio nos almoços e idas à casa de banho;
- **Encontro Intercentros de Natação:** no dia 14 de abril de 2019, 17 clientes da CERCI Lisboa (sete do CTVAA, cinco do CAO Espaço da Luz e quatro do CAO Olivais) acompanhados/as por sete técnicas (duas estagiárias de licenciatura, estagiária de mestrado e três TR) participaram numa competição de natação organizada pela APERCIM. A estagiária acompanhou os/as clientes ao longo da atividade, deu apoio verbal nas autonomias do balneário (e.g. organização do material e arranjo pessoal) e ainda apoio nos almoços e idas à casa de banho;
- **6ª Caminhada com História:** 15 de abril de 2019, 12 clientes da CERCI Lisboa (seis clientes do CTVAA e seis do CAO Olivais) acompanhados por três TR e a estagiária num peddy-paper pelo município de Marvila, organizada pelo Centro Social Comunitária do Bairro da Flamenga com o apoio da Junta de Freguesia de Marvila, e das entidades Santa Casa da Misericórdia de Lisboa e InterAge. Esta atividade contou ainda com a participação de crianças, jovens e idosos/as residentes no município e teve início numa visita guiada à Igreja Paroquial de Santo Agostinho, seguindo-se o clube Oriental de Lisboa, e tendo terminado na Junta de Freguesia de Marvila. Nesta última estação, foram distribuídas águas, sumos, fruta e pastelaria variada pelos vários grupos para o *coffee-break* final antes de responderem a perguntas relacionadas com as estações e a informação partilhada pela entidade organizadora. A estagiária acompanhou os/as clientes ao longo da atividade prestando apoio físico a um cliente durante a caminhada bem como apoio no *coffee-break* e idas à casa de banho; e

- **Jogos Tribais de Primavera do Elo Social:** 16 de maio de 2019, 16 clientes da CERCI Lisboa (seis clientes do CTVAA, cinco do CAO Espaço da Luz e cinco do CAO Olivais) realizaram um conjunto de atividades organizadas pela Associação para a Integração e Apoio ao Deficiente Jovem e Adulto – Elo Social no Parque do Cabeço de Montachique. **Estações e função da estagiária.** A estagiária acompanhou os/as clientes no desfile e apresentação inicial dos/das participantes bem como ao longo das diferentes estações, geriu a participação dos/as clientes em cada atividade e o preenchimento do cartão de pontos de acordo com o desempenho destes/as, facilitou a formação dos grupos, e prestou apoio (verbal e físico, quando necessário) durante a realização das atividades. No final, a estagiária prestou ainda apoio no almoço e idas à casa de banho.

Antes de terminar este relatório, e decorrente de um desafio inicial por parte da orientadora académica, tentando responder aos critérios de inovação profissional mas indo ao encontro da missão e visão da instituição, contextualizado no paradigma mais atual de participação ativa e autodeterminação das pessoas com DID foi concretizado um projeto de investigação, com um duplo objetivo: 1) envolver os/as clientes do CTVAA como co-investigadores/as (objetivo da estagiária) e 2) analisar o impacto da autodeterminação na participação ativa das pessoas com DID (objetivo acordado pelos/as clientes).

Projeto de investigação – A participação das pessoas com DID na investigação

Introdução

Na resposta ao desafio lançado inicialmente pela orientadora académica, e dada a forte tradição da CERCI Lisboa no movimento da autodeterminação das pessoas com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID), bem como os novos paradigmas de funcionalidade e participação social de adultos/as com DID, pretendeu-se com este projeto, centrar o processo de investigação na colaboração com os/as clientes do CTVAA, tal como advogado por Strnadova, Cumming, Knox & Parmenter (2014). Por outras palavras, os/as clientes foram integrados/as como co-investigadores/as – ou seja, elementos ativos na investigação (e não meramente participantes para a amostra), tendo com eles/as, e em trabalho de parceria, decidido, dada a sua relevância, analisar a relação entre autodeterminação e participação ativa de adultos/as com DID na investigação.

É na participação ativa e com conteúdos reais e relevantes para a pessoa com DID, na sua própria voz, que se contextualiza este projeto. Neste sentido, o projeto consiste numa proposta de investigação em que todo o desenho do estudo foi alinhavado com os/as clientes que integram o grupo de participação da CERCI Lisboa (grupo SOMOS) nas reuniões semanais do grupo. Devido a questões temporais e logísticas, não foi possível concretizar o estudo, pelo que o presente projeto inclui a introdução à co-investigação e à integração das pessoas com DID na investigação para dar corpo à ideia da estagiária, para em seguida se passar para um breve enquadramento teórico sobre a autodeterminação, a definição hipotética de questões de investigação, o planeamento da metodologia (amostra, procedimentos e condições de aplicação, cronograma de investigação e instrumento a aplicar) por forma a responder às questões inicialmente levantadas, a análise estatística dos dados recolhidos e a previsão de resultados, e limitações e conclusões finais.

Para uma melhor compreensão de todo o projeto será feita uma breve abordagem ao processo de co-investigação, procurando caracterizar o conceito e a sua implementação na prática, bem como será abordado o constructo de autodeterminação, tentando sintetizar as ideias avançadas pelos/as clientes, corroborando ou sendo corroboradas pela literatura existente na área.

A co-investigação

Durante a década de 90, o conjunto de movimentos e re-concetualizações face aos direitos dos grupos com deficiência desafiou as perspectivas tradicionais face às pessoas com DID, visando a promoção da sua participação a vários níveis (Di Lorito, Bosco, Birt & Hassiotis, 2017). Os/as autores/as reportam que até há relativamente pouco tempo, a investigação tem tratado as pessoas com DID como objeto de estudo, e não as suas opiniões ou colaborações na investigação apesar de contextualizarem a abordagem de co-participação na investigação (Minkes, Townsley, Weston, Williams & Tyrell, 1995), onde as próprias pessoas com DID devem assumir o controlo do processo de investigação – definição do objetivo, planeamento e execução do projeto com produção e disseminação de resultados, em colaboração com académicos/as e investigadores/as. A investigação deve ter significado para os participantes do estudo, representando os seus pontos de vista e experiência num clima de respeito e consideração pelo trabalho de equipa (Nind & Vinha, 2014).

A literatura tem destacado três abordagens quanto ao papel das pessoas com DID neste processo: 1) aconselhamento ou referência, em que a sua participação assenta no aconselhamento sobre o desenho e metodologia da investigação, estratégias de recrutamento, recolha de dados e divulgação do estudo, detendo pouco controlo sobre a sua (real) participação no estudo, e sendo geralmente os/as autores/as que determinam os parâmetros de envolvimento dos/as primeiros/as (Walmsley & Johnson, 2003); 2) o modelo de liderança e controlo, ao contrário do anterior, assume os indivíduos com DID como detendo o papel central enquanto investigadores, responsáveis por todas as fases da investigação (Townson et al., 2004; Walmsley & Johnson, 2003) vs. os/as investigadores/as sem deficiência que habitualmente detêm total responsabilidade sobre a produção de conhecimento (Nind, 2011); e, por fim, a abordagem colaborativa enquanto metodologia que implica a igualdade na parceria entre investigadores/as (com e sem DID), enquadrando os/as investigadores/as sem DID num papel secundário/auxiliar (Redmond, 2005; Strnadova et al., 2014; Walmsley & Johnson, 2003).

O conceito de investigação inclusiva (Walmsley, 2001) parece surgir como precedente do paradigma da autodeterminação da população com DID, e sublinha a importância do envolvimento e participação de pessoas com DID na investigação que afeta direta e indiretamente as suas vidas (Bergold & Thomas, 2012; Stalker, 1998; Ward & Simons, 1998; Walmsley, 2001, 2004) por apresentarem uma perspetiva própria dos temas de investigação (Koenig, 2012) face aos/as investigadores/as sem DID, ao mesmo tempo que adverte para a pouca clareza concetual relativamente à natureza da investigação inclusiva no que se refere à fidelidade e das evidências sólidas do seu

impacto (Nind, 2011), a par com a fiabilidade e rigor científico dos resultados (Conder, Milner & Mirfin-Veitch, 2011).

A co-investigação ou investigação por pares (no original, *peer or co-research* – INVOLVE, 2015) é definida então pela pesquisa científica concretizada com e por membros com DID, em colaboração com cientistas/investigadores/as, sobre as experiências dos pares (com DID) (Repper, Grant, Curran, & Nolan, 2007). Para este efeito, a autodeterminação assume-se como um construto relevante na prática diária (Santos, 2010b), mas também para a investigação.

Os avanços na investigação aliados aos marcos históricos, legislativos e socioculturais assumem um papel de destaque na medida em que regulam: a participação dos indivíduos com deficiência com base na igualdade, dignidade e respeito (Turnbull, Turnbull, Erwin, Soodak & Shogren, 2010); as exigências dos indivíduos com deficiência e respetivas famílias (Turnbull et al., 2010); e a rejeição da abordagem médica que privilegia a condição do indivíduo e insurgência dos apoios enquanto mediatizadores da qualidade de interação com o meio (Schalock et al., 2010; Wehmeyer, Little & Sergeant, 2009).

A nível nacional, o envolvimento das pessoas com DID como investigadores/as diferencia-se pela sua participação passiva pelo que, recentemente, são apontadas na literatura as metodologias de co-investigação (no original, *co-research* ou *action research*), onde os temas a analisar emergem das experiências das pessoas com necessidades de apoios (Barnes, 2002) que atuam como elementos de uma equipa de investigação (Stevenson, 2010). No entanto, e apesar da sua valorização na teoria, é evidente a, ainda, escassez de práticas. Foi, então, neste âmbito que se inovou com a delineação de um projeto de investigação onde os/as clientes do grupo de autorrepresentação da instituição assumiram o papel de co-investigadores/as.

Os/as co-investigadores/as estiveram presentes a colaborar ativamente em todas as etapas do projeto: objetivo, amostra, instrumentos e procedimentos a adotar (Nind & Vinha, 2014), garantindo que o tema refletia os interesses das pessoas com DID, tentando a mudança social e funcionando como peritos face às vivências que as pessoas com DID experienciam, em detrimento da perceção de outros/as investigadores/as (sem DID) que dificilmente conseguem ter esta noção real (Bigby, Frawley & Ramcharan, 2014). A inclusão das próprias pessoas (neste caso, com DID) reforça e valida estes estudos (St. John, Mihaila, Dorrance, DaWalt & Ausderau, 2018).

Desta forma, e numa primeira etapa foram realizadas várias reuniões onde se elencaram um conjunto de tópicos e respetiva justificação, para em conjunto e numa fase inicial se selecionar o tema cuja relevância fosse acordada entre todos: a autodeterminação. A ideia foi reunir as áreas fortes de cada investigador/a, através de estratégias que permitissem ir além das dificuldades, mas atuando como apoio uns dos outros. Desta forma, e depois de obtidas as autorizações os/as N clientes do grupo de autorrepresentação iniciaram o seu processo enquanto co-investigadores/as, juntamente com a estagiária.

A definição do tema – Autodeterminação (breve abordagem) e o objetivo do estudo

O primeiro passo neste processo foi estabelecer o tema que, tal como referido anteriormente, foi a autodeterminação. Para este efeito, e com base no trabalho realizado neste âmbito e na instituição, falou-se sobre a pertinência para a justificação da escolha do tema. Neste sentido, foi referido que autodeterminação é um direito e uma responsabilidade, que está associada a oportunidades em contextos reais e respeitando os valores socioculturais, sempre em função das capacidades e necessidades de cada um, nos mais variados contextos. Apesar de a nível nacional se ter assumido a sua importância no âmbito do Perfil dos Alunos à Saída da Escolaridade Obrigatória, pouca atenção, na prática, parece estar a ser dada a esta questão, particularmente no caso das pessoas com DID (Santos, 2019a). A autodeterminação pressupõe a construção individual do percurso de vida e o controlo pessoal dessa construção, opondo-se à decisão (exclusiva) de terceiros, e inerente à independência e autonomia pessoal (Santos, 2019b; Wehmeyer et al., 2009). A autodeterminação é então definida como o conjunto de atividades e habilidades do indivíduo para atuar de forma autónoma e deter um papel central no que diz respeito aos acontecimentos significativos da própria vida, inibindo influências externas irrelevantes (Wehmeyer, 2009) e agindo de modo volitivo, com base na sua vontade (Nota, Soresi, Ferrari & Wehmeyer, 2011). Por outras palavras, implica a postura ativa das pessoas com DID para a tomada de decisões informadas sobre o seu percurso de vida. Esta competência é valorizada e oferecida, na CERCI Lisboa, como um espaço de apoio onde os/as clientes com DID aprendem sobre os seus direitos e deveres, sendo os/as próprios/as a advogar a sua causa o que vai permitindo oportunidades para atuar na organização institucional (Chapman, 2013).

No modelo funcional da autodeterminação de Wehmeyer (2006) destaca-se que a pessoa com DID deve “agir como primeiro agente causal na própria vida, e a fazer

escolhas e tomar decisões em relação à própria qualidade de vida” (p. 117), ou seja, para atingir um determinado fim ou criar uma mudança, ao longo do seu percurso existencial (Wehmeyer et al., 2011). Este modelo implica a ação autónoma da pessoa perante os acontecimentos, a autorregulação dos comportamentos, o empoderamento psicológico como ferramenta de resposta aos vários acontecimentos, e a autorrealização (Cho, Wehmeyer & Kingston, 2013; Wehmeyer & Field, 2007). Shogren & Broussard (2011) relembram que a autodeterminação implica escolhas simples (o que vestir ou comer) e complexas (e.g.: tema de investigação). A literatura destaca um conjunto de fatores que influenciam a autodeterminação: pela estrutura e dinâmica familiares (Palmer, 2010), tipo de deficiência, contexto social, género, idade, quociente de inteligência (QI) e religião (Nota et al., 2007; Wehmeyer et al., 2011, 2012; Wehmeyer, Palmer, Shogren, Williams-Diehm & Soukup, 2013), entre outros.

A autodeterminação foi validada como sendo um dos domínios do modelo concetual de qualidade de vida para as pessoas com DID (Simões, Santos & Biscaia, 2016), relacionada com o exercício dos seus direitos, centrando-se a atenção na provisão ajustada de apoios que permitam concretizar os objetivos pessoais pretendidos. Desta forma, estabeleceu-se como objetivo de investigação identificar e analisar a perceção social face à autodeterminação das pessoas com DID nos eixos pessoal, familiar, social e cívico. Os objetivos específicos foram também estabelecidos: (1) descrever as atitudes face às pessoas com DID em variados contextos; (2) analisar a influência de diferentes variáveis sociodemográficas (género, idade, nível de escolaridade), a frequência e qualidade do contacto com pessoas com DID; (3) verificar como o nível de funcionalidade afeta as atitudes da população em geral; 4) comparar as respostas entre os vários grupos de participantes para a identificação de divergências e convergências, bem como analisar a fiabilidade inter-respondente, no sentido de apurar a consistência e validade das respostas; e (5) identificar as perceções sobre a importância da autodeterminação de pessoas com DID.

Método

Em seguida e depois de estabelecidos os objetivos, iniciou-se a pesquisa sobre o assunto, a definição dos critérios de elegibilidade e quem seria contactado para ser participante no estudo, e o levantamento de instrumentos existentes e validados, cujos objetivos e constituição se enquadrem no desenho deste estudo e sejam compatíveis

com uma investigação conjunta entre pessoas com e sem DID. Esta fase foi da responsabilidade da estagiária que depois levou para o grupo os resultados encontrados.

Amostra

Os/as sete clientes, cinco do género masculino e duas do género feminino, todos/as adultos/as, institucionalizados/as e com DID e com alto perfil de funcionalidade quando questionados/as sobre quem achavam que seriam os respondentes, optaram por um estudo mais interno ao nível da instituição e de todas as pessoas que com eles contactam regularmente. Desta forma ficou decidido que seriam aplicados a todos os pares com DID com capacidade de compreensão e resposta que frequentassem a instituição nos seus três CAO, prevendo-se neste grupo cerca de 100 participantes, todos/as adultos/as e com diagnóstico prévio de DID no seu processo clínico. Além disso, a ideia será que o questionário seja aplicado ainda aos/às respetivos familiares (n=100) e técnicos/as em diversas áreas (n=100).

Instrumento

Apesar de haver algumas escalas disponíveis a maioria foi elaborada para efeitos de estudos de mestrado/pós-graduação e visando diferentes grupos-alvo, não estando analisadas as suas propriedades psicométricas. O questionário que chamou a atenção dos co-investigadores foi a versão Portuguesa do *Attitudes Toward Intellectual Disability Questionnaire* (P-ATTID, Santos et al., 2017; Lopes et al., submetido), que tendo sido analisado item a item manteve a sua estrutura original apesar da inclusão/adaptação de alguns itens.

O instrumento selecionado baseou-se então na versão portuguesa do ATTID, cujo objetivo será analisar as atitudes face às pessoas com DID, em sete domínios: (Lopes et al., submetido). As opções de resposta são apresentadas sob o formato de uma escala Likert que varia entre 1 (concordo completamente) e 5 (discordo completamente). A análise dos domínios e dos itens pode também ser feita ao nível das dimensões cognitiva (com questões diretamente relacionadas com a própria DID, etiologia e caracterização), afetiva e comportamental que são avaliadas em função de dois estudos de caso apresentando um caso um perfil de funcionalidade elevado e o outro com maiores necessidades de apoio.

A validade de conteúdo da versão portuguesa foi confirmada por peritos com todos os itens a apresentar índices de validade de conteúdo (IVC) relevantes e superiores a .70, com o valor universal ($.75 > IVC/U < .93$) e da média ($.96 > IVC/M < .99$) com valores superiores a .80 em todos os critérios (relevância, simplicidade, ambiguidade e clareza), e com níveis de acordo entre peritos a variar entre moderado ($k = .50$) e excelente ($k = .96$) (Lopes et al., submetido). Os coeficientes de *Pearson* demonstraram correlações fracas a moderadas ($.01 > r < .52$). A maioria dos domínios apresentou valores de consistência interna elevados ($\alpha > .80$) e de estabilidade temporal ($.45 > r < .76$), com resultados superiores aos da versão original. A versão portuguesa eliminou 15 dos itens iniciais de acordo com a análise fatorial confirmatória onde se obteve sete domínios: desconforto, capacidades, direitos, interação, participação, sensibilidade e conhecimento das causas. Ainda neste sentido foram introduzidos oito itens para se saber a posição face à relevância da autodeterminação e da escolha por parte das pessoas com DID, infantilização e superproteção por parte da família, capacidade de exercer os respetivos direitos e deveres cívicos, bem como acesso à informação e serviços na comunidade.

Procedimentos

Tal como falado nas reuniões, os procedimentos éticos deveriam garantir os requisitos inerentes a um projeto-investigação desta natureza, tendo-se debatido o que o consentimento informado, enquanto documento informativo, deveria conter chegando-se à conclusão que deveria estar explicitado, de forma acessível e breve, o objetivo e os procedimentos (e.g.: aplicação do questionário) que estariam planeados, ao mesmo tempo que se relembrou a necessidade da confidencialidade (as respostas individuais não poderiam ser partilhadas com ninguém) e do anonimato (ninguém poderia ser identificado) dos dados, que apenas seriam trabalhados pela equipa de investigação.

Além disso, foi também acordado, e respeitando o lema de autorrepresentação do grupo SOMOS e o modelo de autodeterminação preconizado pela organização, que os questionários seriam aplicados e os dados recolhidos pessoalmente pelos/as investigadores/as com DID com o apoio de um/uma facilitador/a, através do contacto direto com os/as participantes. Primeiro seria feito um primeiro contacto para a assinatura do consentimento informado e depois de recolhidas as assinaturas a aplicação dos questionários, cuja duração de aplicação estimada seria de 40-60 minutos, seria combinada em hora e local com os/as respondentes.

Apesar de não ter havido tempo para a discussão avança-se com a ideia que a análise (descritiva, comparativa e correlacional) dos dados seria feita recorrendo ao

programa *IBM SPSS Statistics* versão 25, tarefa que seria da responsabilidade da estagiária – na elaboração da base de dados, em colaboração com os restantes elementos da equipa que ficariam responsáveis pela inserção dos dados na base de dados.

Cronograma do projeto e da investigação

Tabela 15 - Calendarização das etapas do projeto-intervenção.

MESES TAREFAS	janeiro- fevereiro 19	março- maio 19	junho- julho 19	setembro- dezembro 19	janeiro- março 20	março- maio 20	junho- outubro 20	novembro- dezembro 20
Decisão sobre tema	✓							
Definir objetivos e como serão avaliados		✓						
A quem se aplica + procedimentos éticos			✓					
Revisão da Literatura e Escrita do projeto			✓	✓				
Recolha de Dados					✓			
Introdução dos dados na base de dados						✓		
Tratamento de Dados + Análise e discussão							✓	
Conclusões								✓
Artigo								✓

Considerações Finais

Apesar deste projeto não ter sido concretizado (por razões temporais), existem certas condições que deverão ser acauteladas como a forma de recolha de informação e respetiva análise dos dados, bem como da disseminação oral e escrita dos resultados (Bigby & Frawley, 2010). No entanto, e como expectável a participação não tem obrigatoriamente de incluir todas as pessoas em todas as fases (Grant & Ramcharan, 2009), pelo que a análise das áreas fortes de cada participante deverá ser equacionada, num trabalho em equipa. Neste sentido, uma das próximas etapas seria a definição do

envolvimento (tempo e tarefa) de cada co-investigador/a nas restantes tarefas do projeto (Strnadova et al., 2014), bem como o planeamento conjunto de estratégias de sucesso para a integridade das análises dos dados (O'Brien, McConkey, & Garcia-Iriarte, 2014) e a implementação de um programa de formação científica.

O recrutamento dos/as co-investigadores/as baseou-se na motivação de cada participante não tendo sido estabelecidos quaisquer critérios de inclusão, pelo que eventualmente esta poderá ser uma recomendação futura. Por outro lado, fica a ideia da avaliação da participação dos/as co-investigadores/as no sentido de se apurar a sua perceção sobre a importância da sua participação num projeto desta natureza, a sua opinião sobre o processo de investigação e dos apoios prestados, tentando-se identificar os benefícios, desafios e experiências significativas vividas, a importância e o grau de satisfação com a experiência (St John et al., 2014). Esta análise deverá ser adequada às características de cada co-investigador/a ou através de entrevistas ou questionários autoadministrados para quem conseguir ler e escrever, equacionando-se diferentes formas de resposta (pergunta aberta vs. opções tipo Likert vs. opções assinalando imagens) e de confirmação de coerência das mesmas. As análises focais poderão ser uma das estratégias.

Ao longo da elaboração do projeto, foi muito interessante constatar algumas das preocupações de pessoas adultas com DID sobre a sua própria vida, dando sentido ao mote internacional *"Nothing about us without us"* (Charlton, 2000). O principal propósito e a mais-valia deste projeto foi colocar as próprias pessoas, com DID, a pensar sobre questões de investigação associadas à sua vida e respetivas formas de avaliação. Apesar de não ter sido concretizado, este projeto permitiu identificar algumas "limitações" a que deveremos estar atentos em próximos estudos, para além da necessidade de passar à prática o projeto: a planificação temporal, ou tal como Brett e colaboradores/as (2010) referem – a arquitetura do envolvimento, deve ser algo a contemplar dada a eventual necessidade de mais tempo não só para a reflexão e tomada de decisões informadas (e não impulsivas), bem como a definição do papel de cada investigador/a (Butler et al., 2012) para a consecução sucedida de um projeto desta natureza; o instrumento e pelo menos a análise das suas propriedades psicométricas, o treino e formação (Di Lorito et al., 2017) para o trabalho em equipa, resolução e de problemas e aplicação do instrumento que neste caso deveria envolver estratégias comunicativas para interagir com o outro, a formação ao nível de procedimentos de análise dos dados e mais tarde sobre a escrita e disseminação dos resultados.

A implementação da co-investigação deve ser algo a promover no âmbito acadêmico, e a sua monitorização e avaliação dos benefícios para todos/as os/as participantes (investigadores/as sem DID, investigadores/as com DID, participantes com DID, familiares, técnicos/as...) torna-se crucial para uma melhor compreensão e relevância deste tipo de projetos e, eventualmente, para o estabelecimento de protocolos de investigação adaptados aos diferentes subgrupos populacionais, incluindo os que apresentam maior necessidade de apoios e/ou maior nível de severidade.

De qualquer das formas, a aposta para a participação ativa e real das pessoas com DID na sua própria vida e na comunidade onde se insere, exige um novo repensar sobre a conceitualização da pessoa com DID, focando-se não nas suas limitações, mas antes na provisão de apoios que permitam uma relação de qualidade com o envolvimento (Santos, 2019). Para a autora, o diagnóstico não deve, nem pode restringir o percurso individual.

Conclusão

O presente relatório incide na descrição e reflexão dos fundamentos teóricos e evidências presentes na literatura, e na prática profissional direcionada para a intervenção psicomotora em adultos/as com DID em contexto institucional. O confronto entre os fundamentos teóricos e o trabalho de campo realizado com esta população, apesar de enriquecedor para a experiência profissional da estagiária, não foi sempre concordante na sua totalidade, dada a variabilidade interindividual e a diversidade fenotípica e comportamental dos/as clientes com os/as quais se interveio, decorrente de variados fatores pessoais e contextuais.

A relação que se estabelece entre a teoria e a prática, o contacto com este grupo populacional com diagnósticos variáveis (inclusive duplo diagnóstico) e o contacto com profissionais com áreas de formação e especializações díspares, contribuiu não só para a formação académica como também profissional da estagiária no contexto institucional. Desta forma, a reflexão sobre o processo de avaliação, que se pretende integrado e contextualizado, no tipo de apoio que é proporcionado a cada cliente (e.g.: intervenção psicomotora), na seleção dos instrumentos e respetivo estabelecimento de objetivos para intervenções úteis e com resultados pessoais positivos, foi um dos momentos que a consolidação de aprendizagens anteriores fez sentido, bem como o trabalho em equipa que se faz na instituição.

O planeamento de sessões, não pontuais, mas ao longo do tempo, é algo que qualquer psicomotricista deve dedicar especial atenção, visando não só a consecução de objetivos com *transfer* para as atividades de vida diária, mas também integrando as motivações e os interesses de cada cliente. A diversidade de casos com que se teve oportunidade de intervir, foi um verdadeiro desafio na compatibilização de todas estas variáveis ao longo do estágio.

Apesar de alguns estudos de casos e trabalhos teóricos no contexto da licenciatura e mestrado, o estágio proporcionou o “contacto com a vida real”, e a responsabilidade das decisões que deverão ser flexíveis, mas direcionadas, informadas e participadas por todos/as os/as intervenientes neste processo. A tomada de decisão, dos/as técnicos/as e dos/as próprios/as clientes, é um dos pontos mais emergentes, constatando-se a mudança do funcionamento institucional para processos de autorrepresentação e autodeterminação, onde os/as clientes assumem um papel (mais) ativo no seu percurso de vida. É ainda de se realçar a relevância deste tema, tendo sido o escolhido pelos/as clientes como objeto de investigação.

Como limitações aponta-se a obrigatoriedade da realização de unidades curriculares no período correspondente ao primeiro semestre (setembro a dezembro de 2018), o que dificultou a organização do horário de estágio da estagiária e o cumprimento da carga horária semanal definida (mínimo de 20h semanais). Estas dificuldades limitaram a seleção dos grupos de intervenção direta e, por conseguinte, do estudo de caso. Por outro lado, além da Escala de Comportamento Adaptativo na versão portuguesa e da Escala de Avaliação em Meio Aquático (documento interno da organização), a CERCI Lisboa não dispõe de instrumentos que avaliem as competências psicomotoras em contexto de ginásio, pelo que foi necessário desenvolver uma grelha de observação de raiz, tendo este aspeto sido considerado como um bom contributo da estagiária. As maiores dificuldades surgiram na seleção e compilação de itens ajustados especificamente para o J. bem como a chave de cotação mais adequada em função dos valores e práticas organizacionais. Acresceu ainda a logística inerente à partilha de espaços (e.g. ginásio do CTVAA) com grupos de clientes do CAO Olivais, por vezes, comprometeu o tempo de sessão disponível para o grupo de intervenção da estagiária.

Numa perspetiva orientada para a organização, e do ponto de vista prático, o estágio no CTVAA foi rico em desafios propostos pela estagiária e por outros/as, mas também em conquistas e momentos de superação pessoal e profissional. A aprendizagem prática e sempre ativa sobre a heterogeneidade na DID, o duplo diagnóstico e o papel do/a psicomotricista em articulação com outros/as técnicos/as com formações díspares, mas complementares, e ainda a importância da articulação e envolvimento com a comunidade como forma de assegurar uma melhor qualidade de vida das pessoas com DID e respetivas famílias, foram aspetos determinantes no crescimento pessoal e profissional da estagiária. Atendendo a todos os aspetos inerentes à logística e aos recursos disponíveis, a prática da estagiária revelou-se positiva pelo contacto mais direto com estes aspetos e por uma gestão mais dinâmica e inteligente da realidade institucional e profissional, transferindo-se esta aprendizagem ativa para a prática profissional futura.

Por outro lado, o choque com a realidade da (ainda) falta de respostas e recursos para os/as jovens adultos/as com deficiência no panorama nacional e a discordância pessoal com algumas práticas organizativas e valores profissionais relativamente a esta população levantaram muitos momentos de reflexão construtiva e de equação de possíveis alternativas que contribuíssem igualmente para a satisfação destas pessoas com a própria vida.

“A viagem não acaba nunca. Só os viajantes acabam. E mesmo estes podem prolongar-se na memória, em lembrança, em narrativa. Quando o visitante sentou na areia da praia e disse: “Não há mais o que ver”, sabia que não era assim. O fim de uma viagem é apenas o começo de outra. É preciso ver o que não foi visto, ver outra vez o que se viu já, ver na primavera o que se vira no verão, ver de dia o que se viu de noite, com o sol onde primeiramente a chuva caía, ver a seara verde, o fruto maduro, a pedra que mudou de lugar, a sombra que aqui não estava. É preciso voltar aos passos que foram dados, para repetir e para traçar caminhos novos ao lado deles. É preciso recomeçar a viagem. Sempre.” – José Saramago (Saramago, 1997, p. 387)

Referências

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM5™*. 5th Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association
- Antunes, A. & Santos, S. (2015). Os benefícios de um programa de intervenção psicomotora para indivíduos com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais ao nível do comportamento adaptativo e da proficiência motora: estudo comparativo. *A Psicomotricidade*, 18, 89-122.
- Aquatic Exercise Association [AEA] (2008). *Manual do profissional de fitness aquático*. Aquatic Exercise Association. Editora Shape.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP] (2011). *Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses*. Lisboa.
- Bailey, C. (2007). Cognitive accuracy and intelligent executive function in brain and in business. *New York Academy of Sciences*, 1118, 122-141. doi: 10.1196/annals.1412.011
- Barnes, C. (2002). "Emancipatory disability research": Project or process? *Journal of Research in Special Educational Needs*, 2(1). doi:10.1111/j.1471-3802.2002.00157.x
- Baxendale, S. & Thompson, P. (2016). The new approach to epilepsy classification: cognition and behavior in adult epilepsy syndromes. *Epilepsy and Behavior*, 64, 253-256. doi: 10.1016/j.yebeh.2016.09.003
- Belva, B. & Matson, J. (2013). An examination of specific daily living skills deficits in adults with profound intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 596-604. doi: 10.1016/j.ridd.2012.09.021.
- Berg, A. T., Berkovic, S. F., Brodie, M. J., Buchhalter, J., Cross, J. H., van Emde Boas, W., ... Scheffer, I. E. (2010). Revised terminology and concepts for organization of seizures and epilepsies: report of the ILAE commission on classification and terminology, 2005-2009. *Epilepsia*, 51(4), 676-685. doi:10.1111/j.1528-1167.2010.02522.x
- Bergold, J., & Thomas, S. (2012). Participatory research methods: A methodological approach in motion. *Forum: Qualitative Social Research Sozialforschung*, 13(1), artigo 30, , doi: 10.17169/fqs-13.1.1801.
- Bernie-Smith, M., Patton, J. R. & Kim, S. (2006). *Mental retardation* (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education
- Bertelli, M. (2013). *Il Ritardo Mentale nel DSM-5: Disabilità Intellettiva (Disturbo dello Sviluppo Intellettuale, Criteri Diagnostici e Posizione)*. CREA – Centro di Ricerca e Ambulatori
- Bigby, C., Frawley, P., & Ramcharan, P. (2014). A collaborative group method of inclusive research. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27, 54-64. doi: [0.1111/jar.12082](https://doi.org/10.1111/jar.12082)
- Bjornsdóttir, K., Stefánsdóttir, G. & Stefánsdóttir, Á. (2015). 'It's my life': autonomy and people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 19(1), 5-21, doi: 10.1177/1744629514564691
- Blasi, F., Elia, F. & Buono, S. (2007). Relationships between visual-motor and cognitive abilities in intellectual disabilities. *Perceptual and Motor Skills*, 104 (3, Part 1), 763-772. doi: 10.2466/pms.104.3.763-772

- Blomqvist, S.; Olsson, J.; Wallin, L.; Wester, A. & Rehn, B. (2013). Adolescents with intellectual disability have reduced postural balance and muscle performance in trunk and lower limbs compared to peers without intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 198-206. doi: 10.1016/j.ridd.2012.07.008
- Borella, E., Carretti, B., & Pelegrina, S. (2010). The specific role of inhibition on reading comprehension in good and poor comprehenders. *Journal of Learning Disabilities*, 43(6), pp. 541-552. doi: 10.1177/0022219410371676
- Bos, C. & Vaughn, S. (1988). *Strategies for teaching student with learning and behavior problems*. Allyn and Bacon Inc. Needham Heights.
- Braunwald, E., Fauci, A., Isselbacher, K., Kasper, D., Martin, J. & Wilson, J. (1994). *Harrison Medicina Interna*. McGraw- Hill.
- Brett, J., Staniszewska, S., Mockford, C., Seers, K., Herron-Marx, S., & Bayliss, H. (2010). The PIRICOM study: A systematic review of the conceptualisation, measurement, impact and outcomes of patients and public involvement in health and social care research. Warwick, UK: University of Warwick.
- Browder, D., Spooner, F., Ahlgrim-Dezell, L., Haris, A. & Wakemanxya, S. (2008). A meta-analysis on teaching mathematics to students with significant cognitive disabilities. *Exceptional Children*, 74(4): 407-432, doi: 10.1177/001440290807400401
- Brown, L., Pumpian, I., Baumgart, D., Vandeventer, P., Ford, A., Nisbet, J., Schroeder, J. & Gruenewald, L. (1991). Longitudinal transition plans in programs for severely handicapped students. *Exceptional Children*, 41, 624-631, doi: 10.1177/001440298104700807
- Bucher, H. (1970). *Troubles Psico-Motores Chez L'Enfant - Pratique de lá Rééducation Psycho-Motrice*. Paris: Mason S.A.
- Burack, J., Hodapp, R., & Zigler, E. (1998). *Handbook of Mental Retardation and Development*. Cambridge University Press
- Butler, G., Amanda, C., Nikoletta, G., & Irene, T.-W. (2012). Doing it together (DM special issue). *British Journal of Learning Disabilities*, 40(2), 134–142, doi: 10.1111/j.1468-3156.2012.00744.x
- Cagran, B. & Schmidt, N. (2011). Attitudes of Slovene teachers towards the inclusion of pupils with different types of special needs in primary school. *Educational Studies*, 37 (2), 171-195, doi: 10.1080/03055698.2010.506319
- Câmara Municipal de Lisboa (2018). *Piscina do Complexo Desportivo Municipal do Casal Vistoso*. Pesquisa feita no dia 17 de outubro 2018 e Retirado do sítio <http://www.cm-lisboa.pt/en/equipments/equipment/info/piscina-do-complexo-desportivo-municipal-do-casal-vistoso>
- Carlier, M., Stefanini, S., Deruelle, C., Volterra, V., Doyen, A., Lamard, C., Potzamparc, V., Vicari, S. & Fisch, G. (2006). Laterality in persons with intellectual disability. Do patients with trisomy 21 and Williams-Beuren syndrome differ from typically developing persons?. *Behavior Genetics*, 36(3), 365-76, doi: 10.1007/s10519-006-9048-9.
- Carmeli, E.; Bar-Yossef, T.; Ariav, C.; Levy, R. & Liebermann, D. (2008). Perceptual-motor coordination in persons with mild intellectual disability. *Disability and Rehabilitation*, 30(5), 323-329. doi: 10.1080/09638280701265398

- Carter, E., Brock, M. e Trainor, A. (2012). Transition assessment and planning for youth with severe intellectual and developmental disabilities. *The Journal of Special Education*, 47(4), 245–255. doi:10.1177/0022466912456241
- CERCI Lisboa (2012a). *Quem somos – Missão Visão e Valores*. Retirado do sítio <http://www.cercilisboa.org.pt/missao-visao-e-valores/>, consultado a 10 de outubro de 2018.
- CERCI Lisboa (2012b). *Respostas Sociais e Serviços*. Retirado do sítio <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/respostas-sociais-e-servicos/>, consultado a 10 de outubro de 2018.
- CERCI Lisboa (2012c). *Respostas Sociais e Serviços – Centro de Atividades Ocupacionais*. Retirado de <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/respostas-sociais-e-servicos/centro-de-atividades-ocupacionais/>, consultado a 10 de outubro de 2018.
- CERCI Lisboa (2012d). *Quem somos – Política de Qualidade*. Retirado de <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/politicas-organizacionais/>, consultado a 10 de outubro de 2018.
- CERCI Lisboa (2012e). *Quem somos – Política de Confidencialidade*. Retirado de <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/politica-de-confidencialidade/>, consultado a 10 de outubro de 2018.
- CERCI Lisboa (2012f). *Quem somos – Organograma funcional*. Retirado de <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/organograma-funcional/>, consultado a 10 de outubro de 2018.
- CERCI Lisboa (2012g). *Respostas Sociais e Serviços – Intervenção Precoce na Infância*. Retirado de <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/respostas-sociais-e-servicos/intervencao-precoce-na-infancia/>, consultado a 7 de novembro de 2018.
- CERCI Lisboa (2012h). *Respostas Sociais e Serviços – Centro de Recursos para a Inclusão*. Retirado de <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/respostas-sociais-e-servicos/centro-de-recursos-para-a-inclusao/>, consultado a 7 de novembro de 2018.
- CERCI Lisboa (2012i). *Respostas e serviços – Centro de Formação Profissional*. Retirado do sítio <http://www.cercilisboa.org.pt/superdestaques/centro-de-formacao-profissional/centro-de-formacao-profissional/>, consultado a 14 de dezembro de 2018.
- CERCI Lisboa (2012j). *Respostas e serviços – Lar-residencial*. Retirado do sítio <http://www.cercilisboa.org.pt/lar-residencial/>, consultado a 14 de dezembro de 2018.
- CERCI Lisboa (2012k). *Respostas e serviços – CAAAPD*. Retirado do sítio <http://www.cercilisboa.org.pt/caaapd/>, consultado a 14 de dezembro de 2018.
- CERCI Lisboa (2012l). *Quem somos – Código de Ética*. Retirado do sítio <http://www.cercilisboa.org.pt/links-sempre-presentes/quem-somos/documentos-estruturais/codigo-de-etica/>, consultado a 12 de dezembro de 2018.
- CERCI Lisboa (2013). *Quem Somos – Histórico*. Retirado do sítio http://www.cercilisboa.org.pt/download/historico_2013_WEB.pdf, consultado a 15 de outubro de 2018.
- CERCI Lisboa (2017). *Plano de Atividades 2018*. Lisboa: CERCI Lisboa

- Chagas, S. e Santos, S. (2018). O comportamento adaptativo no diagnóstico da Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental: uma nova abordagem. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 25, 26-45
- Chapman, R. (2013). *An Exploration of the Self-Advocacy Support Role through Collaborative Research: "There should never be a them and us."* *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(1), 44–53. doi:10.1111/jar.12084
- Charlton, J. (2000). *Nothing about Us, without Us: Disability Oppression and Empowerment*. Oakland, CA: University of California Press.
- Chicon, J.; Sá, M. & Fontes, A. (2014). Natação, ludicidade e mediação: a inclusão da criança autista na aula. *Revista da Sobama*, 15 (1), 15-20.
- Cho, H.-J., Wehmeyer, M., & Kingston, N. (2013). Factors that predict elementary educators perceptions and practice in teaching self-determination. *Psychology in the Schools*, 50(8), 770-780. doi: 10.1002/pits.21707.
- Cleaver, S., Hunter, D. & Ouellette-Kuntz, H. (2009). Physical mobility limitations in adults with intellectual disabilities: a systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53 (2), 93-105. doi:10.1111/j.1365-2788.2008.01137.x
- Conder J., Milner P. & Mirfin-Veitch B. (2011). Reflections on a participatory project: the rewards and challenges for the lead researchers. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 36(1), 39–48. doi: 10.3109/13668250.2010.548753
- Danielsson, H., Henry, L., Ronnberg, J., & Nilsson, L.-G. (2010). Executive functions in individuals with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1299-1304. doi: 10.1016/j.ridd.2010.07.012
- Danielsson, H.; Henry, L., Messer, L. & Rönnerberg, J. (2012). Strengths and weaknesses in executive functioning in children with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 33 (2), 600-607. doi: 10.1016/j.ridd.2011.11.004
- De Bildt, A., Serra, M., Luteijn, E., Kraijer, D., Sytema, S., & Minderaa, R. (2005). Social skills in children with intellectual disabilities with and without autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(5), 317–328. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00655.x
- Decreto-Lei n.º 18/89, de 11 de janeiro. *Ministério do Emprego e da Segurança Social*. Diário da República, 1ª série — N.º 9 — 11 de janeiro de 1989.
- Decreto-Lei n.º 54/2018. Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República N.º 129 - 6 de julho de 2018, 2918-2928
- Denson, T., Pedersen, W., Friese, M., Hahm, A., & Roberts, L. (2011). Understanding impulsive aggression: angry rumination and reduced self-control capacity are mechanisms underlying the provocation-aggression relationship. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(6), 850-862. doi: 10.1177/0146167211401420
- Departamento de Gestão de Qualidade (2013). *Políticas Organizacionais: Manual de Políticas da CERC*. Lisboa: CERC Lisboa
- Despacho nº 52. Direção Geral da Segurança Social. Diário da República, 2ª série — N.º 162 — 16 de julho de 1990, 7881-7883.
- Dias, B. & Santos, S. (2016). Avaliação cognitiva não-verbal: estudo comparativo em crianças com dificuldades intelectuais e desenvolvimentais, perturbações do espectro do autismo e desenvolvimento típico. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 23: 77-95

- Di Lorito, C., Bosco, A., Birt, L., & Hassiotis, A. (2017). Co-research with adults with intellectual disability: A systematic review. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 31(5), 669–686. doi:10.1111/jar.12435
- Dodrill, C. B., Arnett, J. L., Sommerville, K. W., & Sussman, N. M. (1993). Evaluation of the effects of vigabatrin on cognitive abilities and quality of life in epilepsy. *Neurology*, 43(12), 2501-2501. doi: 10.1212/WNL.43.12.2501
- Drew, C., & Hardman, M. (2007). *Mental retardation: A life cycle approach* (9th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Duncan, J.; Sander, J.; Sisodiya, S. & Walker, M. (2006). Adult epilepsy. *The Lancet*, 367(9516), 1087-1100. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68477-8
- Emck, C.; Plouvier, M. & van der Lee-Snel, M. (2012). Body experience in children with intellectual disabilities with and without externalising disorders. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 7(4), 263-275. doi: 10.1080/17432979.2012.713003
- Engel, J. (2006a). ILAE classification of epilepsy syndromes. *Epilepsy Research*, 70, 5–10. doi:10.1016/j.eplepsyres.2005.11.014
- Engel, J. (2006b). Report of the ILAE Classification Core Group. *Epilepsia*, 47:1558-1568.
- Engel, J. (2013). *Seizures and Epilepsy*. 2ª edição. Reino Unido: Oxford University Press.
- Enkelaar, L., Smulders, E., Lantman-de Valk, H., Weerdesteyn, V. & Geurts, A. (2013). Clinical measures are feasible and sensitive to assess balance and gait capacities in older persons with mild to moderate intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 276-285, doi: 10.1016/j.ridd.2012.08.014;
- FENACERCI (s.d.). *Movimento CERCI*. Retirado do sítio <https://www.fenacerci.pt/fenacerci/movimento-cerci/>, acedido a 12 de outubro de 2018.
- Ferraz, A., Pedro, I., Montes, R. e Santos, S. (2018). Influência dos antipsicóticos no comportamento de adultos com dificuldade intelectual e desenvolvimental: uma revisão sistemática, *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 25, 62-81
- Ferro, J. & Pimentel, J. (2013). *Neurologia fundamental: Princípio, Diagnóstico e Tratamento*. Lidel. 2ª edição. Lisboa
- Filho, P. (2003). *A Psicomotricidade Relacional em Meio Aquático*. Barueri SP: Manole.
- Fisher, M., Griffin, M. & Hodapp, R. (2011). Intellectual disabilities (mental retardation). *Encyclopedia of Adolescence*, 1, 193-201. doi: 10.1016/B978-0-12-373915-5.00025-5.
- Fisher, R. S., Cross, J. H., D'Souza, C., French, J. A., Haut, S. R., Higurashi, N., ... Zuberi, S. M. (2017). Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types. *Epilepsia*, 58(4), 531–542. doi:10.1111/epi.13671
- Fisher, R., Boas, W., Blume, W., Elger, C., Genton, P., Lee, P., & Engel Jr, J. (2005). Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*, 46(4), 470-472. doi: 10.1111/j.0013-9580.2005.66104.x
- Fletcher, R.; Loschen, E.; Stavarakaki, C. & First, M. (2007). Introduction. In R. Fletcher, E. Loschen, C. Stavarakaki & M. First (eds). *Diagnostic Manual-Intellectual Disability: a textbook of diagnosis of mental disorders in persons with Intellectual Disability: 1-10*, National Association for the Dually Diagnosed in association with APA. NY/USA

- Fonseca, I., Almeida, B., Roldão, S., Jesus, R., Lopes, J. & Santos, S. (2018). O autoconceito na população com dificuldade intelectual e desenvolvimental (did) em Portugal: revisão sistemática. *Análise Psicológica*, 1 (XXXVII), 53-69, doi: 10.14417/ap.1550
- Fonseca, V. (1976). Contributo para o estudo da génese da Psicomotricidade. Editorial Notícias. Maurberg-de Castro, E.; Tavares, C.; Panhan, A.; Iasi, T.; Figueiredo, G.; de Castro, M., Braga, G. & de Souza Paiva, A. (2013). Educação física adaptada inclusiva: impacto na aptidão física de pessoas com deficiência intelectual. *Revista Ciência em Extensão*, 9 (1), 35-61.
- Fonseca, V. (2001). Para uma epistemologia da Psicomotricidade. In V. Fonseca e R. Martins (Edts.), *Progressos em Psicomotricidade* (13-28). Cruz Quebrada: Edições FMH
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora: Significação Psiconeurológica dos seus fatores*. 3ª Edição. Lisboa: Âncora Editora
- Fonseca, V. & Martins, R. (2001). *Progressos em Psicomotricidade*. Cruz Quebrada: FMH edições. 5-10.
- Fowler, A. (1998). Language in mental retardation: Associations with and dissociations from general cognition. In J. Burack, R. Hodapp e E. Zigler (Eds). *Handbook of Mental retardation and Development*. (pp. 290-333). USA: Cambridge University Press.
- Frank, R., Schone, A., Borella, D., Storch, J., Harnisch, G., Duarte, A. & Boaro, D. (2013). Promoção do bem-estar para pessoas com deficiência: iniciativas do programa uniafa – atividades aquáticas e seus benefícios. *Revista Conexões: Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP*, 11 (3), 192-201.
- Freitas, M & Santos, S. (2018). Adaptive behavior and quality of life of adults with intellectual disabilities: psychomotor therapy as support. *Journal of Novel Physiotherapy and Physical Rehabilitation*, 5(2), 31-38. doi: 10.17352/2455-5487.000060
- Freitas, M. & Silva, J. (2010). Adaptação ao meio aquático: uma proposta pedagógico-terapêutica. *Diversidades*, 28, 13-15.
- Frimodt, L. (2004). Psicomotricidade na Europa. *A Psicomotricidade*, 3, 13-17.
- García-Cazorla, A., Wolf, N. I., Serrano, M., Pérez-Dueñas, B., Pineda, M., Campistol, J., ... & Hoffmann, G. F. (2009). Inborn errors of metabolism and motor disturbances in children. *Journal of Inherited Metabolic Disease*, 32(5), 618–629. doi:10.1007/s10545-009-1194-9
- Gérard-Desplanches, A., Deruelle, C., Stefanini, S., Ayoun, C., Volterra, V., Vicari, S., Fisch, G. & Carlier, M. (2006). Laterality in persons with intellectual disability II- hand, foot, ear, and eye laterality in persons with trisomy 21 and Williams-Beuren syndrome. *Developmental Psychobiology*, 482-491. doi: 10.1002/dev.20163
- Gilissen, C.; Hehir-Kwa, J.; Thung, D.; van der Vorst, M.; van Bon, B.; Willemsen, M. et al. (2014). Genome sequencing identifies major causes of severe intellectual disability. *Nature*, 511 (7509):344-7. doi: 10.1038/nature13394
- GO fit (s.d.). *GO fit Olivaís*. Retirado do sítio <http://www.go-fit.pt/Centros/Centro/olivaís>, consultado a 26 de outubro de 2018.

- Godde, A., Tsao, R., Gepner, B. & Tardif, C. (2018). Characteristics of handwriting quality and speed in adults with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 46, 19-28, doi: 10.1016/j.rasd.2017.11.005;
- Gritti, C., Paulino, V., Marques, L., Castiglioni L. & Bianchin, M. (2015). Desempenho ocupacional, qualidade de vida e adesão ao tratamento de pacientes com epilepsia. *Revista Terapia Ocupacional da Universidade São Paulo*, 26 (1):93-101, doi: 10.11606/issn.2238-6149.v26i1p93-101.
- Grossman, H. (1983). *Classification in Mental Retardation*. Washington DC: AAMD.
- Guilhoto, L. (2011). Revisão terminológica e conceitual para organização de crises e epilepsia: relato da comissão da ILAE de classificação e terminologia, 2005-2009. *Novos paradigmas? Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*. 17(3). 100-105. doi: 10.1590/S1676-26492011000300005
- Haber, H.; Xing, G. & Walker, C. (2016). Prenatal infections and risk of autism, intellectual disability and/or epilepsy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 215 (6): S824. doi: [10.1016/j.ajog.2016.09.022](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2016.09.022)
- Häbler, F., Thome, J. & Reis, O. (2014). Polypharmacy in the treatment of subjects with intellectual disability. *Journal of Neural Transmission* 122 (Suppl.I). 93-100. doi: 10.1007/s00702-014-1219-x.
- Harris, J. (2006). *Intellectual Disability: Understanding its Development, Causes, Classification, Evaluation, and Treatment. Developmental Perspective in Psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- Harris, J. (2010). *Intellectual disability – a guide for families and professionals*. USA: Oxford University Press.
- Hart, Y. (2012). Epidemiology, natural history and classification of epilepsy. *Medicine*, 40 (9), 471-476. doi: 10.1016/j.mpmed.2012.06.002.
- Hartman, E.; Houwen, S.; Scherder, E. & Visscher, C. (2010). On the relationship between motor performance and executive functioning in children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*. 54 (part5): 468-477. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01284.x
- Heleno, A., Fernandes, F., Azevedo, G., Silva, M., Pratas, M. & Santos, S. (2018). *A Intervenção Psicomotora em Portugal: Revisão Sistemática, A Psicomotricidade*, (no prelo)
- Hitiris, N., Mohanraj, R., Norrie, J. & Brodie, M. (2007). Mortality in epilepsy. *Epilepsy Behaviour*, 10: 363-376. doi: 10.1016/j.yebeh.2007.01.005
- Houwen, S.; Visser, L.; van der Putten, A. & Vlaskamp, C. (2016). The interrelationships between motor, cognitive, and language development in children with and without intellectual and developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 53 e 54, 19-31. doi: 10.1016/j.ridd.2016.01.012.
- Iacono, T. & Johnson, H. (2004). Patients with disabilities and complex communication needs. The GP consultation. *Australian Family Physician*, 33(8), 585-589.
- INVOLVE (2015). Retrieved from <http://www.invo.org.uk/find-out-more/what-is-public-involvement-in-research-2/>
- Jackson, C., Makin, S., Marson, A., & Kerr, M. (2015). *Pharmacological interventions for epilepsy in people with intellectual disabilities. Cochrane Database of Systematic Reviews*. 3;(9):CD005399c, doi: 10.1002/14651858.cd005399.pub3

- Jacobson, J., Mulick, J. & Rojahn, J. (2007). *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities*. New York: Springer Science e Business Media.
- Jankowicz-Szymanska, A., Mikolajczyk, E. & Wojtanowski, W. (2012). The effect of physical training on static balance in young people with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 675-681. doi: 10.1016/j.ridd.2011.11.015
- Jardim, N. & Santos, S. (2016). Effects of a psychomotor intervention on water in the quality of life of adults with intellectual and developmental disabilities. *Journal of Novel Physiotherapies Journals Publishers*, 3(1): 53-60. doi: 10.17352/2455-5487.000036
- Jarrold, C.; Nadel, L. & Vicari, S. (2007). Learning and memory: memory and neuropsychology in down syndrome. *Advance Online Publication: Down Syndrome Research and Practice*. 68-73. doi: 10.3104/reviews.2068
- Javan, A., Framarzi, S., Abedi, A. & Nattaj, (2014). Effectiveness of rhythmic play on the attention and memory functioning in children with mild intellectual disability (MID). *International Letters of Social and Humanistic Sciences*, 17, 9-21, doi: 10.18052/www.scipress.com/ILSHS.17.9
- Júnior, A., Afonso, C. & Santos, S. (2017). La musica nell'intervento psicomotorio con adulti con difficoltà intellettive ed evolutive – Contributo per il comportamento adattivo. *Ricerca & Studi (R&S)*, 1: 2-10
- Kaufman, L., Ayub, M. & Vincent, J. (2010). The genetic basis of non-syndromic intellectual disability: a review. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 2(4):182–209, doi: 10.1007/s11689-010-9055-2].
- Kauffman, J. & Hung, L-Y. (2009). Special education for intellectual disability: current trends and perspectives. *Current Opinion Psychiatry*, 22: 452-456, doi: 10.1097/YCO.0b013e32832eb5c3
- Ke, X. & Liu, J. (2012). Intellectual disability. In J. Rey (ed). *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Kerr, M.; Scheepers, M.; Arvio, M.; Beavis, J.; Brandt, C.; Brown, S.; ... & Wallace, R. (2009a). Consensus guidelines into the management of epilepsy in adults with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(8), 687-694. doi: 10.1111/j.1365-2788.2009.01182.x
- Kerr, M., Turky, A. & Huber, B. (2009b). The psychosocial impact of epilepsy in adults with an intellectual disability. *Epilepsy Behaviour*. 15: S26-S30, doi: 10.1016/j.yebeh.2009.03.020
- Kiani, R., & Miller, H. (2010). Sensory impairment and intellectual disability. *Advances in psychiatric treatment*, 16(3), 228-235. doi: 10.1192/apt.bp.108.005736
- Kirk, H.; Gray, K.; Riby, D. & Cornish, K. (2015). Cognitive training as a resolution for early executive function difficulties in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 38, 145-160. doi: 10.1016/j.ridd.2014.12.026
- Koenig, O. (2012). Any added value? Co-constructing life stories of and with people with intellectual disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 40(30), 213-221. doi: 10.1111/j.1468-3148.2010.00602.x

- Kramer, J. & van Bokhoven, H. (2009). Genetic and epigenetic defects in mental retardation. *The International Journal of Biochemistry & Cell Biology*. 41(1): 97-107. doi: 10.1016/j.biocel.2008.08.009
- Kwan, P., & Brodie, M. J. (2001). Neuropsychological effects of epilepsy and antiepileptic drugs. *The Lancet*, 357(9251), 216-222. doi:10.1016/S0140-6736(00)03600-X
- Lambert, N.; Nihira, K. & Leland, H., (1993). *Adaptive Behavior Scale-School: Examiner's Manual*. Second Edition. Austin, Texas: PRO-ED.
- Lanfranchi, S; Jerman, O. & Vianello, R. (2009). Working memory and cognitive skills in individuals with down syndrome. *Child Neuropsychology*, 15: 397–416. doi: 10.1080/09297040902740652
- Lathinen, U.; Rintala, P. & Malin, A. (2007). Physical performance of individuals with intellectual disability: a 30-year follow up. *Adapted Physical Activity Quarterly*. 24, 125-143. Doi: 10.1123/apaq.24.2.125
- Lee, H., Jung, D., Suh, C., Kwon, S. & Park, S. (2006). Cognitive effects of low-dose topiramate monotherapy in epilepsy patients: A 1-year follow-up. *Epilepsy Behaviour*. 8(4), 736–741. doi:10.1016/j.yebeh.2006.03.006
- Leitão, A. & Santos, S. (2017). Intervenção Psicomotora em Meio aquático em indivíduos com DID e contributo para as competências em meio aquático e comportamento adaptativo. *A Psicomotricidade* (no prelo).
- Lemay, M., Lê, T. & Richer, F. (2010). Effects of a secondary task on postural control in children with Tourette Syndrome. *Gait e Posture*, 31 (3), 326-330, doi: 10.1016/j.gaitpost.2009.11.017
- Lepore, M. (2011). Aquatics. In Winnick, J. (Ed.) *Adapted Physical Education and Sport*. Human Kinetics. 5ª edição, 481-501.
- Lerman, P., Apgar, D. & Jordan, T. (2005). Longitudinal changes in adaptive behavior of movers and stayers: findings from a controlled research design. *Mental Retardation*, 43, 25-42. doi: 10.1352/0047-6765(2005)43<25:LCIABO>2.0.CO;2
- Levén, A., Lyxell, B., Andersson, J., Danielsson, H., & Rönnerberg, J. (2008). Prospective memory, working memory, retrospective memory and self-rated memory performance in individuals with intellectual disability. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 10, 147–165, doi: 10.1080/15017410802144444
- Lippold, T. & Burns, J. (2009). Social support and intellectual disabilities: a comparison between social networks of adults with intellectual disability and those with physical disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(5), 463-473. doi: 10.1111/j.1365-2788.2009.01170.x
- Liu, W., Lin, P., Lien, H., Wang, H., Wong, A. & Tang, S. (2014). Spatio-temporal gait characteristics in children with tourette syndrome: a preliminary study. *Research in Developmental Disabilities*, 35, 2008-2014, doi: 10.1016/j.ridd.2014.04.025;
- Loring, D., Marino, S. & Meador, K. (2007). Neuropsychological and behavioral effects of antiepilepsy drugs. *Neuropsychology Review*, 17(4), 413–425. doi:10.1007/s11065-007-9043-9
- Lopes, A., Gomes, F. & Santos, S. (2019). Where to go? Attitudes towards persons with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 63 (part seven), p. 894, doi: 10.1111/jir.12663

- Luat, A. F., Kamat, D., & Sivaswamy, L. (2015). Paroxysmal nonepileptic events in infancy, childhood, and adolescence. *Pediatric Annals*, 44(2), e18–e23. doi:10.3928/00904481-20150203-07
- Luckasson, R. & Schalock, R. (2012). The role of adaptive behavior in a functionality approach to intellectual disability. In Santos, S. e Morato, P. (eds). *Comportamento Adaptativo – 10 anos depois*. Edições FMH/UTL
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, E., Coulter, L., Craig, M., Reeve, A., Schalock, L., Snell, A., Spitalnik, M., Spreat, S., & Tassé, J. (2002). *Mental retardation: Definition, classification and systems of supports*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation
- Makary, A., Testa, R., Tonge, B., Einfeld, S., Mohr, C., & Gray, K. (2015). Association between adaptive behaviour and age in adults with down syndrome without dementia: examining the range and severity of adaptive behavior problems. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59(8), 689-702. doi: 10.1111/jir.12172
- Martin, K., (2011). *Compreender a Epilepsia*. Porto: Porto Editora.
- Martin, N., Piek, J., Baynam, G., Levy, F. & Hay, D. (2010). An examination of the relationship between movement problems and four common developmental disorders. *Human Movement Science*, 29, 799-808. doi: 10.1016/j.humov.2009.09.005;
- Martins, R. (2001). Questões sobre a identidade da prática da psicomotricidade – as práticas entre o instrumental e o relacional. In V. Fonseca & R. Martins (Eds.) *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.
- Matias, A. (2005). Terapia Psicomotora em Meio Aquático. *Psicomotricidade*, 5, 68-76.
- Matias, A. (2010). *Psicomotricidade em Meio Aquático na Primeira Infância*. Lisboa: Tuttirév.
- Matson, J., Dempsey, T. & LoVullo, S. (2009). Characteristics of social skills for adults with intellectual disability, autism and PDD-NOS. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 207-213. doi: 10.1016/j.rasd.2008.05.006.
- Matson, L., & Mahan, S. (2010). Antipsychotic drug side effects for persons with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 31(6), 1570–1576. doi: 10.1016/j.ridd.2010.05.005.
- McGrother, C. W., Bhaumik, S., Thorp, C. F., Hauck, A., Branford, D. & Watson, J. M. (2006). Epilepsy in adults with intellectual disabilities: Prevalence, associations and service implications. *Seizure*. 15: 376-386. 10.1016/j.seizure.2006.04.002
- McQuire, C.; Hassiotis, A.; Harrison, B. & Pilling, S. (2015). Pharmacological interventions for challenging behaviour in children with intellectual disabilities: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 15(1), 303. doi: 10.1186/s12888-015-0688-2
- McVilly, K. R., Stancliffe, R. J., Parmenter, T. R., & Burton-Smith, R. M. (2006). Self-advocates have the last say on friendship. *Disability & Society*, 21(7), 693–708. doi:10.1080/09687590600995287
- Ministerio de Educación Chile (2010). *Orientaciones Técnico-Pedagógicas para la Evaluación Diagnóstica Integral de las NEE Permanente en Escuela Especial - Ley Nº 20.201 - Decreto Supremo Nº 170*. División de Educación General Educación Especial

- Minkes, J., Townsley, R., Weston, C., Williams, C., & Tyrell, J. (1995). Having a Voice: Involving People with Learning Difficulties in Research. *British Journal of Learning Disabilities*, 23(3), 94–97. doi:10.1111/j.1468-3156.1995.tb00173.x
- Miyake, A.; Friedman, N.; Emerson, M.; Witzki, A.; Howerter, A. & Wager, T. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41(1), 49–100. doi: 10.1006/cogp.1999.0734
- Molina-Ruiz, R.; Martín-Carballeda, J.; Asensio-Moreno, I. & Montañés-Rada, F. (2017). A guide to psychopharmacological treatment of patients with intellectual disability in psychiatry. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 52(2), 176-189. doi: 10.1177/0091217417720896
- Morato, P. (1995). *Deficiência mental e aprendizagem*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação.
- Morato, P. & Santos, S. (2007). Dificuldades intelectuais e desenvolvimentais. A mudança de paradigma na concepção da deficiência mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 14. 51-55.
- Morin, D., Crocker, A. G., Beaulieu-Bergeron, R. & Caron, J. (2012). Validation of the attitudes toward intellectual disability – ATTID questionnaire. *Journal of Intellectual Disability Research*. doi:110.1111/j.1365-2788.2012.01559.x
- Morisse, F.; Vandemaele, E.; Claes, C.; Claes, L. & Vandeveld, S. (2013). Quality of life in persons with intellectual disabilities and mental health problems: an explorative study. *The Scientific World Journal*. Vol 2013, Article ID 491918, 8p, doi: 10.1155/2013/491918
- Nieuwenhuijzen, M. & Vriens, A. (2012). (Social) cognitive skills and social information processing in children with mild to borderline intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 426-434. doi: 10.1016/j.ridd.2011.09.025.
- Nihira, K. (1999). Adaptive behavior: a historical overview. In R. Schalock e D. Braddock (Eds.), *Adaptive Behavior and its Measurement* (7-14). USA: AAMR.
- Nind, M. (2011). Participatory data analysis: a step too far. *Qualitative Research*. 11(4), 349–363. doi: 10.1177/1468794111404310
- Nind, M., & Vinha, H. (2014). Doing research inclusively: Bridges to multiple possibilities in inclusive research. *British Journal of Learning Disabilities*, 42(2), 102–109. doi:10.1111/bld. 12013
- Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana (2018). Faculdade de Motricidade Humana [documento aprovado pelo Conselho Científico da Faculdade de Motricidade Humana na reunião plenária de 20 de junho de 2018].
- Nota, L., Ferrari, L., Soresi, S., & Wehmeyer, M. (2007). Self-determination, social abilities and the quality of life of people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(11), 850-865. doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00939.x.
- Oliver, C., Woodcock, K. & Adams, D. (2010). The importance of aetiology of intellectual disability. In: Grant, G., Ramcharan, P., Flynn, M. & Richardson, M. (Eds.) *Learning Disability: A life cycle approach to valuing people* (pp. 135-146). Open University Press/Wiley

- Osugo, M. & Cooper, S. (2014). Interventions for adults with mild intellectual disabilities and mental ill-health: a systematic review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(6), 615-22. doi: 10.1111/jir.12285.
- Palmer, S. (2010). Self-determination: a life-span perspective. *Focus on Exceptional Children*, 42(6), 1-16.
- Panayiotopoulos, P. (2011). The new ILAE report on terminology and concepts for organization of epileptic seizures: A clinician's critical view and contribution. *Epilepsia*, 52 (12): 2155–2160, doi: 10.1111/j.1528-1167.2011.03288.x.
- Park, S. & Kwon, S. (2008). Cognitive effects of antiepileptic drugs. *Journal of clinical neurology (Seoul, Korea)*, 4(3), 99–106. doi:10.3988/jcn.2008.4.3.99
- Pennington, B. & Bennetto, L. (1998). Toward a neuropsychology of mental retardation. In Burack, J., Hodapp, R. e Zigler, E. (Eds). *Handbook of Mental retardation and Development* (pp.80-114). USA: Cambridge University Press.
- Percy, M., Lewkis, S., & Brown, I. (2007). Introduction to genetics and development. In I. Brown, & M. Percy, *A Comprehensive Guide to Intellectual and Developmental Disabilities* (149-172). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Popovici, D. & Buica-Belciu, C. (2013). Self-concept pattern in adolescent students with intellectual disability. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*. 78: 516-520. DOI: 10.1016/j.sbspro.2013.04.342
- Portaria n.º 432/2006. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Diário da República, 1ª série B — N.º 85/2006 — 3 de maio de 2006, 3214 - 3217
- Probst, M.; Knapen, J.; Poot, G. & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor therapy and psychiatry: what's in a name?. *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105-113.
- Redmond, M. (2005). Co-researching with adults with learning disabilities: roles, responsibilities and boundaries. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 4(1), 75–86. doi: 10.1177/1473325005050200
- Regnard, C.; Reynolds, J.; Watson, B.; Matthews, D.; Gibson, L. e Clarke, C. (2007). Understanding distress in people with severe communication difficulties: developing and assessing the disability distress assessment tool (DisDAT). *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(Part 4), 277-292. doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00875.x
- Repper, J., Grant, G., Curran, M., & Nolan, M. (2007). Carers of people with mental health problems as co-researchers: Reflections on the Partnerships in Carer Assessment Project (PICAP). In M. Nolan, E. Hanson, G. Grant, et al. (Eds.), *User participation in health and social care research: Voices, values and evaluation* (pp. 39–61). Maidenhead: Open University Press.
- Ribeiro, J. & Santos, S. (2018). Proficiência motora de adultos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento. *A Psicomotricidade* (no prelo)
- Ring, H., Zia, A., Bateman, N., Williams, E., Lindeman, S., & Himlok, K. (2009). How is epilepsy treated in people with a learning disability? A retrospective observational study of 183 individuals. *Seizure*. 18: 264-268. doi: 10.1016/j.seizure.2008.10.009
- Robertson, J., Hatton, C., Emerson, E., & Baines, S. (2015). Prevalence of epilepsy among people with intellectual disabilities: A systematic review. *Seizure*, 29, 46–62. Doi: 10.1016/j.seizure.2015.04.004

- Rocha, A., Moura, T., Ogata, G., Paixão, K., Silvério, P., & Sugitani, C. (2014). Atuação da terapia aquática no atendimento interdisciplinar na educação inclusiva. *Revista Adapta*, 10 (1), 17-20.
- Rodrigues, A. R., Santos, S., Rodrigues, A., Estevens, M. & Sousa, E. (2019). Executive profile of adults with intellectual disability and psychomotor intervention' effects on executive functioning, *Physiotherapy Research and Reports*, 2: 1-7, doi: 10.15761/PRR.1000122
- Rosalvo, A. (2011). *Crónicas da Epilepsia*. Liga Portuguesa Contra a Epilepsia.
- Roy, D., Hoffman, P., Dudas, M., & Mendelowitz, A. (2013). Pharmacologic management of aggression in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability-Diagnosis and Treatment*, 1(1), 28-43, doi: [10.6000/2292-2598.2013.01.01.5](https://doi.org/10.6000/2292-2598.2013.01.01.5).
- Roy, M.; Retzer, A. & Sikabofori, T. (2015). Personality development and intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 28(1), 35-39. doi: 10.1097/YCO.0000000000000118.
- Salvador-Carulla, L., Reed, G., Vaez-Azizi, L., Cooper, S.-A., Martinez-Leal, R., Bertelli, M., ... & Saxena, S. (2011). Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for "mental retardation/intellectual disability" in ICD-11. *World Psychiatry*, 10(3), 175–80. doi: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00045.x;
- Sanches, I. (2011). Do "aprender para fazer" ao "aprender fazendo": as práticas de Educação Inclusiva na escola. *Revista Lusófona de Educação*, 19, 135-156
- Sanches-Ferreira, M., Lopes-dos-Santos, P. & Santos, M. (2012). A desconstrução do conceito de deficiência mental e a construção do conceito de incapacidade intelectual: de uma perspetiva estática a uma perspetiva dinâmica da funcionalidade. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 18 (4): 553-568, doi: 10.1590/S1413-65382012000400002
- Santos S. (2010a). A Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental na Atualidade. Pró-Inclusão: Associação Nacional de Docentes de Educação Especial: Dossier Temático. *Revista Educação Inclusiva*. 1 (2). 1-16.
- Santos, S. (2010). A Auto-Determinação na Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. *Revista Cercima*, 9-10.
- Santos, S. (2014). Adaptive behaviour on the Portuguese curricula: a comparison between children and adolescents with and without intellectual disability. *Creative Education*, 5, 501-509. doi:10.4236/ce.2014.57059.
- Santos, S. (2017). Psychomotor therapy & intellectual disability: from 0 to 100. *International Journal of Psychology and Neuroscience (IJPN)*, 3(2), 22-37.
- Santos, S. (2018). Alunos com dificuldades intelectuais na sala de aula: que educação. In Miranda Correia (Org.). *Educação Inclusiva e Necessidades Especiais* (101-120). Coleção Diversidade e Inclusão. Flora Editora
- Santos, S. (2019a). *Como lidar com a Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental*. Flora Editora
- Santos, S. (2019b). Transição para a vida ativa: mito ou realidade? in M.T. Santos, A. Espírito Santo, J. Ramalho, J. Santo, M. Faria, C. Almeida e L. Murta (edts). *Transição para a vida adulta: percursos reais, possíveis e desejáveis* (pp. 64 - 75). Edições IPBeja

- Santos, S. & Franco, V. (2017). As atitudes face à dificuldade intelectual. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 24, 11-25
- Santos, S. & Gomes, F. (2016). A Educação das crianças com dificuldade intelectuais e desenvolvimentais vs. a convenção dos direitos da criança. *Journal of Research in Special Educational Needs*. 16 (s1), 51-54. doi: 10.1111/1471-3802.12268
- Santos, S., Lopes, A., Rodrigues, C., Pereira, G., Gomes, T. e Franco, V., (2017). *ATTID: the Portuguese version of the Questionnaire to measure Attitudes towards Persons with Intellectual Disability*. Oral communication presented at 14th European Conference on Psychological Assessment, Lisboa, 8 july
- Santos, S. & Morato, P. (2002). *Comportamento Adaptativo*. Porto: Porto Editora
- Santos, S. & Morato, P. (2012a). Acertando o passo! Falar de deficiência mental é um erro: deve falar-se de dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID). Por quê?. *Revista Brasileira Educação Especial*, 18(1), 3-16. doi: 10.1590/S1413-65382012000100002
- Santos, S. & Morato, P. (2012b). Estudo comparativo do comportamento adaptativo da população portuguesa com e sem dificuldade intelectual e desenvolvimental. In S. Santos e P. Morato (Eds.). *Comportamento Adaptativo – Dez anos depois* (pp.101-120). Cruz Quebrada: Edições FMH
- Santos, S. & Morato, P. (2012c). Idade e Comportamento Adaptativo. In Santos, S. e Morato, P. (Eds.). *Comportamento Adaptativo – Dez anos depois*. (133-147). Cruz Quebrada: FMH Edições
- Santos, S. & Morato, P. (2012d). O Comportamento Adaptativo em Portugal por região. in S. Santos e P. Morato (Edts). *Comportamento Adaptativo – Dez anos depois* (pp. 149-165). Edições FMH
- Santos, S. & Morato, P. (2012e). A Escala de Comportamento Adaptativo. In S. Santos e P. Morato (Eds). *Comportamento adaptativo – Dez anos depois* (pp. 83-100). Edições FMH.
- Santos, S. & Morato, P. (2012f). A Escala de comportamento adaptativo portuguesa como um instrumento fundamental na avaliação da dificuldade intelectual e desenvolvimental. In Mendes, E. & Almeida, M. (org). *Dimensões Pedagógicas nas Práticas de Inclusão Escolar*. Coleção Inclusão Escolar. Volume 2, 197-214. Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial. Marília, Brasil.
- Santos, S. & Morato, P. (2016). O comportamento adaptativo no currículo. *Journal of Research in Special Educational Needs*. 16(1): 736-740 doi: 10.1111/1471-3820.12330
- Santos, S., Morato, P. & Luckasson, R. (2014). Psychometric properties of the portuguese version of the adaptive behavior scale. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 52 (5): 379-387. doi: 10.1352/1934-9556-52.5.379
- Sartawi, A., AlMuhairy, O. & Abdat, R. (2011). Behavioral problems among students with disabilities in united arab emirates. *International Journal for Research in Education*, 29, 1-15.
- Sasaki, R. (2005). Deficiência mental ou intelectual? Doença ou transtorno intelectual? *Revista Nacional de Reabilitação*, São Paulo, ano IX, 43: 9-10.
- Schalock, R.; Buntinx, W.; Borthwick-Duffy, S.; Bradley, V.; Craig, E.; Coulter, F; [...] & Yeager, M. (2010). *Intellectual disability: definition, classification, and system of*

- supports. Washington DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schalock, R.; Luckasson, R.; Bradley, V.; Buntinx, W.; Lachapelle, Y.; Shogren, K.; Snell, M. [...] & Yeager, M. (2012). *User's Guide: Intellectual Disability: definition, classification and systems of supports* (11th ed.). Washington, D.C.: AAIDD.
- Schalock, R.; Luckasson, R.; Shogren, K.; Borthwick-Duffy, S.; Bradley, V.; Buntinx, W.; [...] & Yeager, M. (2007). The renaming of mental retardation: understanding the change to the term intellectual disability. *Intellectual and developmental disabilities*, 45 (2), 116-124, doi: 10.1352/1934-9556(2007)45[116:TROMRU]2.0.CO;2.
- Schmidt, S., Nag, H., Hunn, B., Houge, G. & Hoxmark, L. (2016). A structured assessment of motor function and behavior in patients with Kleefstra syndrome. *European Journal of Medical Genetics*, 1-9, doi: 10.1016/j.ejmg.2016.01.004
- Schuit, M.; Segers, E.; Balkom, H. & Verhoeven, L. (2011). How cognitive factors affect language development in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1884-1894. doi: 10.1016/j.ridd.2011.03.015
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. doi:10.1037//0003-066X.55.1.5
- Sgaramella, T., Carrieri, L. & Barone, C. (2012). A screening battery for the assessment of executive functioning in young and adult individuals with intellectual disability, *International Journal on Disability and Human Development*, 11(1): 31–37 doi: 10.1515/IJDHD.2012.013
- Shogren, K. e Broussard, R. (2011). Exploring the perceptions of self-determination of individuals with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*. 49:2 86–102. doi: 10.1352/1934-9556-49.2.86;
- Shogren, K., Wehmeyer, M, Buchanan, C. & Lopez, S. (2006). The application of positive psychology and self-determination to research in intellectual disability: A content analysis of 30 years of literature. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 31(4), 338-345. doi: 10.1177/154079690603100408
- Sillanpaa, M. (2004). Learning disability: occurrence and long-term consequences in childhood-onset epilepsy. *Epilepsy and Behaviour*. 5: 937-944, doi: 10.1016/j.yebeh.2004.08.008
- Silva, F., Veríssimo, J., Carneiro, M., Felix, S. & Santos, S. (2018). Comportamento autoabusivo em crianças e jovens com DID. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 25, 47-60
- Silvano, A., Mendes, J., Brás, M., Pires, P. e Santos, S. (2018). Intervenção psicomotora em meio aquático na população portuguesa com perturbações do desenvolvimento - uma revisão sistemática, *A Psicomotricidade (no prelo)*
- Silvia, T. & Ofelia, P. (2013). Aspects on the motor and psychomotor development of the child with intellectual disabilities. *Science, Movement and Health*, 13 (2), 551-557. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.02.266.
- Simões, C., Santos, S. & Biscaia, R. (2016). Validation of the Portuguese version of the Personal Outcomes Scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 16(2), 186-200 Doi: 10.1016/j.ijchp.2015.11.002
- Smith, M. & Buelow, J. (1996). Epilepsy. *Disease-a-Month*, 42(11), 728-827.

- Smits-Engelsman, B. & Hill, E. (2012). The relationship between motor coordination and intelligence across the IQ range. *Pediatrics*, 130 (4), 950-956. doi: 10.1542/peds.2011-3712.
- Stalker, K. (1998). Some ethical and methodological issues in research with people with learning disabilities. *Disability & Society*, 13(1), 5–20. doi: 10.1080/09687599826885
- Stevenson, M. (2010). Flexible and responsive research: Developing rights-based emancipatory disability research methodology in collaboration with young adults with Down syndrome. *Australian Social Work*, 63(1), 35– 50. doi: 10.1080/03124070903471041
- St. John, B., Mihaila, I., Dorrance, K., DaWalt, L. S., & Ausderau, K. K. (2018). *Reflections from Co-Researchers with Intellectual Disability: Benefits to Inclusion in a Research Study Team. Intellectual and Developmental Disabilities*, 56(4), 251–262. doi:10.1352/1934-9556-56.5.251
- Strnadova, I., Cumming, T. M., Knox, M., & Parmenter, T. (2014). Building an inclusive research team: The importance of team building and skills training. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27, 13–22. doi: 10.1111/jar.12076
- Tahara, A., Santiago, D., & Tahara, A. (2006). As atividades aquáticas associadas ao processo de bem-estar e qualidade de vida. *Efdeportes.com Revista Digital – Buenos Aires*, (11)103.
- Tassé, M., Schalock, R., Balboni, G., Bersani, H., Borthwick-Duffy, S., Spreat, S., Thissen, D., Widaman, K. & Zhang, D. (2012). The Construct of Adaptive Behavior: Its Conceptualization, Measurement, and Use in the Field of Intellectual Disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117 (4), 291-303. doi: 10.1352/1944-7558-117.4.291.
- Tavares, J., Clark, L., Cannon, D., Erickson, K., Drevets, W., & Sahakian, B. (2007). Distinct profiles of neurocognitive function in un medicated unipolar depression and bipolar II depression. *Biological Psychiatry*, 62, 917-924. doi: 10.1016/j.biopsych.2007.05.034
- Thompson, J., Bryant, B., Campbell, E., Craig, E., Hughes, C., Rotholz, D., Schalock, R., ... & Wehmeyer, M. (2004). *Supports Intensity Scale – User Manual*. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.
- Thompson, J.; Bradley, V.; Buntinx, W.; Schalock, R.; Shogren, K.; Snell, M.; ... & Yeager, M. (2009). Conceptualizing supports and the support needs of people with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(2), 135-146. doi: 10.1352/1934-9556-47.2.135.
- Townson, L., Macauley, S., Harkness, E., Chapman, R., Docherty, A., Dias, J., Eardley, M. & McNulty, N. (2004). We are all in the same boat: doing ‘people-led research’. *British Journal of Learning Disabilities*, 32(2), 72–76. doi: 10.1111/j.1468-3156.2004.00282.x
- Turnbull, A., Turnbull, H., Erwin, E., Soodak, L., & Shogren, K., (2010). *Families, professionals, and exceptionality: positive outcomes through partnerships and trust* (6th ed.). New Jersey, NJ: Pearson Merrill Prentice Hall.
- Vaillend, C.; Poirier, R. & Laroche, S. (2008). Genes, plasticity and mental retardation. *Behavioural Brain Research*, 192(1), 88–105. doi:10.1016/j.bbr.2008.01.009

- Valente, P.; Santos, S. & Morato, P. (2012). A intervenção psicomotora como (um sistema de) apoio na população com dificuldade intelectual e desenvolvimental. *A Psicomotricidade*. 15: 10-23.
- Van der Molen, M., Van Luit, J., Jongmans, M. & Van der Molen, M. (2007). Verbal working memory in children with mild intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51, 162–169, doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00863.x
- Van Nieuwenhuijzen, M., Orobio de Castro, B., Wijnroks, L., Vermeer, A., & Matthys, W. (2004). The relations between intellectual disabilities, social information processing, and behaviour problems. *European Journal of Developmental Psychology*, 1(3), 215–229. doi:10.1080/17405620444000111
- Varela, A.; Duarte, A.; Sereno, A.; Dias, A. & Pereira, B. (2000). *Intervenção Terapêutica em Meio Aquático para populações especiais*. Associação Portuguesa dos Técnicos de Natação. Lisboa.
- Vasconcelos, M. (2003). A psicomotricidade como promotora da qualidade de vida na terceira idade. *Revista Ibero-americana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*.12, 51-60.
- Verdugo, M. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la Asociación Americana sobre retraso mental de 2002. *Siglo Cero*, 34 (1), 5-19.
- Vieira, J. (2009). Psicomotricidade relacional: a teoria de uma prática. *Perspectivas OnLine 2007-2011*, 3(11), 64-68.
- Vrijmoeth, C., Monbaliu, E., Lagast, E. & Prinzie, P. (2011). Behavioral problems in children with motor and intellectual disabilities: Prevalence and associations with maladaptive personality and marital relationship. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 1027-1038, doi: 10.1016/j.ridd.2012.01.010.
- Vuijk, P.; Hartman, E.; Scherder, E. & Visscher, C. (2010). Motor performance of children with mild intellectual disability and borderline intellectual functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*. 54 (part 11), 955-965. doi: 10.1111/j.13652788.2010.01318.x
- Walmsley J. (2001). Normalisation, emancipatory research and inclusive research in learning disability. *Disability & Society*, 16(2), 187–205. doi: 10.1080/09687590120035807
- Walmsley J. (2004). Involving users with learning difficulties in health improvement: lessons from inclusive learning disability research. *Nursing Inquiry*, 11(1), 54–64. doi: 10.1111/j.1440-1800.2004.00197.x
- Walmsley J. & Johnson K. (2003). *Inclusive Research with People with Learning Disabilities Past, Present and Futures*. London: Jessica Kingsley.
- Ward L. & Simons K. (1998). Practicing partnership: involving people with learning difficulties in research. *British Journal of Learning Disabilities*, 26(4), 128–131. doi: 10.1111/j.1468-3156.1998.tb00067.x
- Wehmeyer, M. (2009). Autodeterminación y la tercera generación de prácticas de inclusión. *Revista de Educación*, 349, 45-67.
- Wehmeyer, M., & Field, S. (2007). *Self-determination: instructional and assessment strategies*. Thousand Oaks, CA: Corwin Press.
- Wehmeyer, M., Abery, B., Zhang, D., Ward, K., Willis, D., Hossain, W., ... Walker, H. (2011). Personal self-determination and moderating variables that impact efforts to

- promote self-determination. *Exceptionality: A Special Education Journal*, 19(1), 19-30. doi: 10.1080/09362835.2011.537225.
- Wehmeyer, M., Little, T., & Sergeant, J. (2009). Self-determination. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (eds.). *Handbook of positive psychology* (pp. 357-366). New York, NY: Oxford University Press.
- Wehmeyer, M., Palmer, S., Shogren, K., Williams-Diehm, K., & Soukup, J. (2013). Establishing a causal relationship between intervention to promote self-determination and enhanced student self-determination. *Journal of Special Education*, 46(4), 195-210. doi: 10.1177/0022466910392377.
- Wehmeyer, M., Shogren, K., Palmer, S., Williams-Diehm, K., Little, T., & Boulton, A. (2012). The impact of the self-determined learning model of instruction on student self-determination. *Exceptional Children*, 78(2), 135-153.
- Westendorp, M., Houwen, S., Hartman, E. & Visscher, Ch. (2011). Are gross motor skills and sports participation related in children with intellectual disabilities? *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1147-1153. doi: 10.1016/j.ridd.2011.01.009.
- Wilmot, K., Byrne, M. & Barnett, A. (2013). Reaching to throw compared to reaching to place: A comparison across individuals with and without Developmental Coordination Disorder. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 174-182. doi: 10.1016/j.ridd.2012.07.020
- Winawer, M. (2006). Phenotype definition in epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 8, 462-476. doi: 10.1016/j.yebeh.2006.01.012.
- Wink, K., Erickson, A. & McDougle, J. (2010). Pharmacologic treatment of behavioral symptoms associated with autism and other pervasive developmental disorders. *Current Treatment Options in Neurology*, 12(6), 529–538. doi: 10.1007/s11940-010-0091-8.
- Woolf, S., Woolf, C. M. & Oakland, T. (2010). Adaptive behavior among adults with intellectual disabilities and its relationship to community independence. *Intellectual and developmental disabilities*, 48(3), 209-215. doi: 10.1352/1944-7558-48.3.209
- World Health Organization (2002). *Towards a common language for functioning, disability and health*. Geneva: World Health Organization.
- Wuang, Y., Wang, C., Huang, M. e Su, C. (2008). Profiles and cognitive predictors of motor functions among early school-age children with mild intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52 (12), 1048-1060. doi: 10.1111/j.1365-2788.2008.01096.x.
- Zapata, J., Moretto, E., Hannan, S., Murru, L., Longatti, A., Mazza, D., ... & Valnegri, P. (2017). Epilepsy and intellectual disability linked protein Shrm4 interaction with GABA B Rs shapes inhibitory neurotransmission. *Nature communications*, 8, 14536. doi: 10.1038/ncomms14536
- Zikl, P., Holoubková, N., Karásková, H. & Veselíková, T. (2013). Gross motor skills of children with mild intellectual disabilities. *International Scholarly and Scientific Research e Innovation*, 7(10), 2789- 2795. Doi: 10.5281/zenodo.1088600
- Zuberi S. & Symonds J. (2016). The differential diagnosis of epilepsy. In Prasher V. & Kerr M. (eds). *Epilepsy and Intellectual Disabilities*. Springer.

Anexos

Anexo A – Escala de Avaliação em Meio Aquático

DOMÍNIO COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS EM MEIO AQUÁTICO

A – Entrada na água

Item 51 – Entradas na água diretas (assinale o nível mais elevado)

Entra pelas escadas de acesso, de costas, utilizando os dois apoios fixos (corrimões)	8
Parte da posição de sentado e desliza para dentro de água de forma independente (de frente ou com viragem a 180°)	7
Partindo da posição de sentado, a entrada é mediatizada pelo terapeuta, com apoio nas mãos	6
Partindo da posição de sentado, a entrada é mediatizada pelo terapeuta, com apoio nos cotovelos e antebraços	5
Partindo da posição de sentado, a entrada é mediatizada pelo terapeuta, com apoio na cintura escapular	4
Partindo da posição de sentado, a entrada é mediatizada pelo terapeuta, com rotação combinada	3
Partindo da posição de sentado, a entrada é mediatizada pelo terapeuta, com apoio na cintura pélvica	2
Deitado de lado, paralelamente à berma do tanque e de frente para o terapeuta (que se encontra na água), faz entrada com rotação mediatizada a 240° para dentro da piscina	1
Entrada na água com apoio (elevador ou cadeira hidráulica)	0

Item 52 – Saltos (assinale o nível mais elevado)

Nota: Este item só deve ser cotado se a pontuação do Item 51 for superior a 5. Caso contrário, cotar 0.

Realiza entrada de cabeça, partindo de um plano elevado (prancha até 1 m de altura ou bloco de salto)	7
Realiza entrada de pés, partindo de um plano elevado (prancha até 1 m de altura ou bloco de salto)	6
Realiza entrada de cabeça, partindo da posição de pé	5
Realiza entrada de cabeça, com um pé e um joelho fletido no chão	4
Realiza entrada de pé, pela berma da piscina	3
Realiza entrada de cabeça, partindo da posição de sentado	2
Realiza entrada na posição de sentado, pela berma da piscina	1
Não realiza	0

B – Saída da água

Item 53 – Saídas da água

Sai da água pelas escadas de acesso autonomamente, utilizando os corrimões	2
Sai autonomamente, da água pela berma da piscina	1
Sai da água pela berma com apoio ou transportado pelo terapeuta	0

C – Adaptação ao meio aquático

Item 54 - Conforto e bem-estar na água (assinale todas as respostas)

	Sim	Não
Não aceita ou demonstra profundo incômodo com o contacto da água no rosto ou na orelha	0	1
Fecha os olhos com força aquando o seu contacto com a água, limpando-os repetidamente com alguma brusquidão	0	1
Realiza apneia sempre que a água entra em contacto com o rosto	0	1
Não aceita ou mostra relutância na imersão parcial ou total da cabeça e rosto	0	1
Não abre os olhos em imersão	0	1
Resiste à flutuação dorsal	0	1
Manifesta resistência perante experiências e novas atividades na água	0	1
Apresenta sinais confusos, como sorrisos acompanhados de resistência ou afastamento	0	1
Mantém o corpo em hipertonía, procurando sempre apoio fixo	0	1
Desloca-se de forma cautelosa e insegura em meio aquático	0	1
Apresenta-se apreensivo, angustiado ou assustado, chorando por vezes	0	1

Item 55 – Equilíbrio em meio aquático (assinale o nível mais elevado)

Mantém o equilíbrio durante uma técnica propulsiva (equilíbrio dinâmico)	14
Consegue passar do equilíbrio dorsal para ventral e vice-versa, por rotação em torno do eixo longitudinal, sem apoio	13
Consegue passar do equilíbrio dorsal para ventral e vice-versa, por rotação em torno do eixo longitudinal com apoio	12
Passa do equilíbrio vertical para equilíbrio horizontal e vice-versa, sem apoio	11
Passa do equilíbrio vertical para equilíbrio horizontal e vice-versa, com apoio	10
Flutua na posição engrupada, tomando consciência da força de impulsão (realiza "o ovo")	9
Mantém o equilíbrio dorsal (flutuação), sem apoio (equilíbrio estático)	8
Mantém o equilíbrio ventral sem apoio (equilíbrio estático)	7
Mantém o equilíbrio ventral com apoio (e.g.: flutuadores, terapeuta)	6
Mantém o equilíbrio dorsal com apoio (e.g.: flutuadores, terapeuta)	5
Executa saltos de canguru (saltos a pés juntos)	4
Anda na água, mantendo a verticalidade do tronco	3
Conserva o equilíbrio vertical sem apoio das mãos em superfície fixa (e.g.: berma da piscina, companheiro ou terapeuta)	2
Mantém o equilíbrio vertical com apoio das mãos em superfície fixa	1
Segura-se firmemente à berma da piscina, apresentando constricções tónicas acentuadas, acompanhadas de receio, insegurança ou outras reações negativas à sua presença em meio aquático	0

Item 56 – Imersão (assinale o nível mais elevado)

Imerge, tocando no fundo da piscina	7
Realiza imersão facial com rotação da cabeça, sem sinais de fadiga aparentes	6
Realiza imersão facial sem sinais de desconforto aparentes	5
Apresenta dificuldades em manter a face imersa, ficando ansioso	4
Imerge a cabeça, com a face, com apoio verbal do terapeuta	3
Imerge apenas com mediação do terapeuta, através de apoio físico	2
Tenta realizar respiração à superfície da água	1
Não consegue imergir a cabeça (orifícios respiratórios e olhos)	0

D – Controlo respiratório**Item 57 – Inspiração, expiração e apneia (assinale o nível mais elevado)**

Mantém o ritmo respiratório de acordo com a técnica propulsiva utilizada	11
Controla a expiração nos deslocamentos debaixo de água	10
Expira ritmadamente, associando o processo ao batimento de pernas alternado	9
Mantém a expiração ritmada, associada ao movimento básico ou progressão simples	8
Controla a expiração nas rotações	7
Submerge satisfatoriamente e faz a expiração nasal e bucal	6
Faz expiração nasal em meio aquático (imersão da face)	5
Faz expiração bucal com imersão da face	4
Faz expiração à superfície da água ("soprar a água")	3
Realiza apneia durante uma imersão acrescida (mais de 5 seg)	2
Realiza apneia durante uma imersão de curta duração (entre 1 a 5 seg)	1
Não realiza nenhuma das tarefas anteriores	0

Item 58 – Fatigabilidade (assinale todas as respostas)

	N	O	F
Exibe níveis de fadiga significativos, impedindo ou dificultando a realização da tarefa ou da seguinte	2	1	0
Demonstra instabilidade respiratória após a imersão facial	2	1	0
Manifesta dificuldade em estabilizar a respiração após uma apneia	2	1	0

Legenda: N(Nunca); O(Ocasionalmente); F(Frequentemente)

Item 59 – Propulsão (assinale o nível mais elevado)

Nada uma técnica propulsiva (e.g.: crawl, costas, bruços, etc.)	12
Serve-se do efeito de hélice (mãos para a frente e para trás) para realizar movimentos propulsores, associados ao movimento de pernas	11
Explora capacidades propulsivas não padronizadas, autonomamente (e.g.: "nadar à cão", onde as mãos realizam movimentos a grande velocidade)	10
Realiza movimentos de braços, alternados, com apoio (e.g.: pranchas)	9

Executa movimentos de pernas, alternados, sem apoio	8
Executa movimentos de pernas, alternados, com apoio (e.g.: rolos, pranchas, terapeuta)	7
Desloca-se debaixo de água e apanha objetos	6
Desloca-se debaixo de água	5
Realiza, autonomamente, imersão completa do corpo com impulso para a frente e para baixo ("golfinho"), sem apoio	4
Realiza imersão completa do corpo com impulso para a frente e para baixo ("golfinho"), com apoio	3
Realiza um movimento básico de propulsão ou progressão simples	2
Apresenta movimentos segmentares curtos, quase nulos, dificultando a propulsão	1
Não Realiza	0

E - Estilos de natação

Item 60 – Movimentos fundamentais da técnica de Crawl (assinale todas as respostas)

	Sim	Não
É capaz de manter o corpo (na horizontal), em decúbito ventral com apoio	1	0
É capaz de manter o corpo (na horizontal, em decúbito ventral sem apoio	1	0
Mantém a linha da água quando o rosto se encontra em imersão e voltado para o fundo da piscina, com ligeira elevação da cabeça	1	0
Realiza batimento alternado de pernas, acompanhando o rolamento do corpo	1	0
Roda a cabeça, lateralmente, para a inspiração	1	0
Faz rotação alternada dos membros superiores sem apoio	1	0
Realiza rotação do braço	1	0
A mão é o seu primeiro ponto de contacto do membro superior com a água na braçada	1	0
Executa a entrada do membro superior na água	1	0
Sincroniza o batimento alternado dos membros inferiores com a braçada dos membros superiores	1	0
Sincroniza o ciclo respiratório com a braçada	1	0
Realiza a expiração logo após a submersão do rosto, pela boca e pelo nariz, sem apoio verbal	1	0
Realiza a expiração logo após a submersão do rosto, pela boca e pelo nariz, com apoio verbal	1	0

Item 61 – Movimento fundamental da técnica de Costas (assinale todas as respostas)

É capaz de manter o corpo, em decúbito dorsal, sem apoio	1	0
É capaz de manter o corpo, em decúbito dorsal, com apoio	1	0
Mantém a cabeça sempre na mesma posição durante o movimento do tronco e membros (ligeiramente fletida e elevada na água, queixo dirigido ao peito e olhar para os pés)	1	0

Realiza a rotação alternada dos membros superiores com apoio	1	0
Realiza rotação alternada dos membros superiores sem apoio	1	0
A mão é o seu primeiro ponto de contacto do membro superior com a água na braçada	1	0
Realiza batimentos alternados de pernas sincronizados com a rotação dos membros superiores	1	0

Item 62 - Movimento fundamental da técnica de Bruços (assinale todas as respostas)

	Sim	Não
É capaz de manter o corpo numa posição próxima da posição hidrodinâmica fundamental, em decúbito ventral, sem apoio	1	0
É capaz de manter o corpo numa posição próxima da posição hidrodinâmica fundamental, em decúbito ventral, com apoio	1	0
Realiza a extensão do cotovelo, com lançamento simultâneo das mãos para a frente a partir do peito, orientadas para fora e para trás	1	0
Faz a flexão do cotovelo, com afastamento simultâneo lateral das mãos, num trajeto circular para baixo e para fora	1	0
É capaz de realizar movimentos simultâneos dos membros inferiores	1	0
Realiza flexão simultânea da articulação coxofemoral e do joelho com rotação dos pés para fora e para trás	1	0
Coordena movimentos dos MS com movimentos dos MI sem apoio	1	0
Coordena movimentos dos MS com movimentos dos MI com apoio	1	0
Coordena movimentos dos MS com respiração sem apoio	1	0
Coordena movimentos dos MS com respiração com apoio	1	0
Coordena movimentos dos MS e MI com respiração sem apoio	1	0
Coordena movimentos dos MS e MI com respiração com apoio	1	0

Item 63 – Movimento fundamental da técnica de Mariposa (assinale todas as respostas)

	Sim	Não
É capaz de realizar o deslize ventral com batimento simultâneo dos MI sem apoio	1	0
É capaz de realizar o deslize ventral com batimento simultâneo dos MI com apoio	1	0
Realiza a projecção simultânea dos MS para a frente sobre a superfície da água	1	0
Coordena movimentos dos MS com a respiração	1	0
Coordena movimentos dos MS com MI	1	0
Coordena movimentos dos MS e MI e com respiração	1	0

Total do Domínio Competências Específicas em Meio Aquático

Soma dos itens 51-63

Anexo B – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

C E R C I
L I S B O A

Referente a Cliente _____

Nome João Oliveira

Consentimento informado		
1 - Autorizo a utilização de imagens em ações de divulgação/promoção da CERC Lisboa	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
2 - Autorizo a utilização de imagens em ações de divulgação/promoção da CERC Lisboa, na internet	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
No âmbito dos estágios de mestrado, em reabilitação psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana que recebemos anualmente, são desenvolvidos trabalhos mais individualizados (estudo de caso) sobre os clientes. Desta forma, solicitamos a autorização para a realização de um estudo de caso que implicará intervenção da estagiária na área da reabilitação, sempre com supervisão e acompanhamento das técnicas de reabilitação da CERC.	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Assinatura

Assinatura

Data

4/12/2018



Assurance
in Social Services

Anexo C – Grelha de Observação Psicomotora

Grelha de Observação Psicomotora

Nome do cliente: _____ Idade: _____ Género: M () F ()

Data de aplicação: ____/____/____ Local: _____ Hora: _____

Responsável pela atividade/apoio: _____

Legenda

0 Sem apoio

1 Apoio mínimo

2 Apoio moderado

3 Apoio máximo/total

Equilíbrio dinâmico

Caminha com segurança.	0	1	2	3
Caminha em bicos dos pés.	0	1	2	3
Caminha de lado.	0	1	2	3
Caminha em cima de uma linha colocada no chão.	0	1	2	3
Caminha sobre o banco sueco.	0	1	2	3
Salta no mesmo sítio.	0	1	2	3
Salta a pés juntos.	0	1	2	3
Salta com pés afastados.	0	1	2	3
Salta com apoio unipodal.	0	1	2	3
Corre com segurança.	0	1	2	3
(Parcial _____)				

Coordenação motora

Sobe escadas com alternância de pés.	0	1	2	3
Desce escadas com alternância de pés.	0	1	2	3
Senta-se sozinho.	0	1	2	3
Levanta-se sozinho.	0	1	2	3
Contorna obstáculos.	0	1	2	3
Realiza movimentos harmoniosos.	0	1	2	3
(Parcial _____)				

Coordenação iculomanual e oculopodal

Realiza lançamento por cima.	0	1	2	3
Realiza lançamento por baixo.	0	1	2	3
Dribla.	0	1	2	3
Recebe a bola com as duas mãos.	0	1	2	3
Pontapeia a bola.	0	1	2	3
Recebe a bola com os pés.	0	1	2	3
Conduz a bola com os pés.	0	1	2	3
(Parcial _____)				

Preensão e manipulação de objetos

Realiza preensão de objetos pequenos.	0	1	2	3
Transfere objetos de uma mão para a outra, sem os deixar cair.	0	1	2	3
Realiza preensão palmar.	0	1	2	3
Realiza preensão em pinça.	0	1	2	3
			(Parcial _____)	

Amplitude e mobilidade articular

Toca com as mãos nos pés sem dobrar os joelhos.	0	1	2	3
Realiza flexão/extensão das articulações dos membros superiores (pulso, cotovelo, ombro).	0	1	2	3
Realiza flexão/extensão das articulações dos membros inferiores (tornozelo, anca, joelho).	0	1	2	3
Elevar os braços acima da cabeça.	0	1	2	3
Sentar-se com as pernas cruzadas.	0	1	2	3
Sentar-se com as pernas afastadas formando um ângulo igual ou superior a 90°.	0	1	2	3
			(Parcial _____)	

Noção corporal

Identifica diferentes partes do corpo em si.	0	1	2	3
Nomeia diferentes partes do corpo em si.	0	1	2	3
Identifica diferentes partes do corpo no outro.	0	1	2	3
Nomeia diferentes partes do corpo em si.	0	1	2	3
			(Parcial _____)	

Lateralidade

Distingue direita e esquerda em si.	0	1	2	3
Reconhece direita e esquerda no outro.	0	1	2	3
			(Parcial _____)	

Organização no espaço e no tempo

Reconhece as posições dos objetos em relação a si.	0	1	2	3
Identifica relações espaciais em relação ao outro.	0	1	2	3
Identifica relações espaciais entre objetos.	0	1	2	3
Tem noção das distâncias (perto, longe).	0	1	2	3
Tem noção de ritmo.	0	1	2	3
			(Parcial _____)	

Funcionamento cognitivo

Compreende uma instrução simples (uma ação).	0	1	2	3
Realiza uma instrução simples (uma ação).	0	1	2	3
Compreende uma instrução mais complexas (duas ou mais ações diferentes).	0	1	2	3
Dissocia as ações na mesma tarefa.	0	1	2	3
Realiza uma tarefa com duas ou mais ações diferentes.	0	1	2	3

Compreende questões na negativa.	0	1	2	3
Estabelece relações de causa-efeito.	0	1	2	3
Ouve as instruções atentamente.	0	1	2	3
Necessita de reforço para manter a atenção na tarefa.	0	1	2	3
Verbaliza as tarefas propostas.	0	1	2	3
(Parcial _____)				

Assertividade

Pede desculpa, agradece e pede por favor.	0	1	2	3
Tem comportamento adequado a determinada situação.	0	1	2	3
Espera a sua vez.	0	1	2	3
Não interrompe o outro enquanto fala.	0	1	2	3
(Parcial _____)				

Interação com os pares

Estabelece/mantém contacto visual.	0	1	2	3
Respeita regras implícitas numa conversa (distância, contacto visual).	0	1	2	3
Coopera com os colegas na realização das atividades de grupo.	0	1	2	3
Ajuda o outro.	0	1	2	3
Pede ajuda ao colega.	0	1	2	3
Estabelece ou mantém proximidade relativamente aos pares.	0	1	2	3
Inicia comportamentos afetivos dirigidos aos colegas.	0	1	2	3
Responde às iniciativas afetivas dos colegas.	0	1	2	3
(Parcial _____)				

Interação com o técnico

Estabelece/mantém contacto visual.	0	1	2	3
Respeita regras implícitas numa conversa (distância, contacto visual).	0	1	2	3
Pede e/ou aceita ajuda do técnico.	0	1	2	3
Estabelece ou mantém proximidade relativamente ao técnico.	0	1	2	3
Aceita correções e críticas do técnico.	0	1	2	3
Inicia comportamentos afetivos dirigidos ao técnico.	0	1	2	3
Responde às iniciativas afetivas do técnico.	0	1	2	3
(Parcial _____)				

Participação e autonomia

Participa voluntariamente.	0	1	2	3
Cumprir as tarefas propostas sem mostrar oposição.	0	1	2	3
Realiza as tarefas propostas.	0	1	2	3
Utiliza corretamente o material.	0	1	2	3
Mostra sinais de fadiga e distração, dificultando a participação nas atividades.	0	1	2	3
Expressa gosto ou desgosto por uma tarefa.	0	1	2	3
Utiliza a casa de banho/balneário.	0	1	2	3
(Parcial _____)				

Registo de Cotações

Domínios	Parciais
Equilíbrio dinâmico	
Coordenação motora	
Coordenação oculomanual e oculopodal	
Preensão e manipulação de objetos	
Amplitude e mobilidade articular	
Noção corporal	
Lateralidade	
Organização no espaço e no tempo	
Funcionamento cognitivo	
Assertividade	
Interação com os pares	
Interação com o técnico	
Participação e autonomia	
Total	

Observações